



AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES



Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELOCQUE

Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul

Mémoire pour obtenir le **Diplôme d'Etat de Sage-Femme**

Présenté et soutenu publiquement
le : 15 avril 2010

par

Dorine LEY

Née le 6 mars 1983

Prise en charge du placenta praevia hémorragique Evaluation des pratiques professionnelles à la maternité de Port Royal

DIRECTEUR DU MEMOIRE :
CABROL Dominique

Professeur des universités - Praticien Hospitalier
Chef de service des maternités Port Royal et Saint-
Vincent de Paul

GUIDE DU MEMOIRE:
DRAN Claire

Sage-femme enseignante

N° du mémoire : 2010PA05MA17

En préambule de ce mémoire, je tiens à adresser mes remerciements en premier lieu à Monsieur le Professeur Cabrol pour son aide et sa disponibilité tout au long de l'élaboration de ce mémoire, ainsi que pour son enseignement ces quatre années.

De même, je souhaite remercier spécialement Madame Claire Dran de m'avoir guidée et soutenue dans ce travail au travers de ses conseils et de ses relectures.

Je remercie Madame Julie Tort, sage-femme, ainsi que le personnel des archives de Port Royal, de m'avoir facilité l'accès aux dossiers pour la réalisation de ce travail.

Mes remerciements s'adressent également à Madame NGuyen, directrice de l'école, ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe pédagogique, pour la qualité de leur enseignement tout au long de ces études.

Merci à ma promotion, et plus particulièrement à Louise, Lolita, Charlotte, et Laureline pour leur amitié.

Merci enfin aux membres de ma famille et à mes proches pour leur soutien et leur présence.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p4
1. GENERALITES	
1.1. Historique	p5
1.2. Définition et classifications	p6
1.2.1. <u>Définition</u>	
1.2.2. <u>Classifications</u>	
1.3. Epidémiologie	p7
1.3.1. <u>Fréquence</u>	
1.3.2. <u>Etiologies et facteurs favorisants</u>	p8
1.4. Diagnostic échographique du placenta praevia	p9
1.4.1. <u>Echographie abdominale</u>	
1.4.2. <u>Echographie endovaginale</u>	p10
1.5. Les complications liées au placenta praevia	
1.5.1. <u>Complications maternelles</u>	
1.5.1.1. Le risque hémorragique pendant la grossesse et le travail	
1.5.1.1.1. Manifestations cliniques et mécanisme des	
métrorragies	p11
1.5.1.1.2. Fréquence et terme des métrorragies	
1.5.1.1.3. Evolution et conséquences	
1.5.1.2. Le risque hémorragique en post-partum	p12
1.5.1.3. Autres complications maternelles	
1.5.2. <u>Complications périnatales</u>	p13
1.6. Prise en charge en cas de placenta praevia hémorragique	
1.6.1. <u>Prise en charge initiale</u>	p14
1.6.2. <u>Conduite à tenir, selon la clinique et le terme</u>	p15
1.6.2.1. En cas d'hémorragie grave	
1.6.2.2. En cas d'hémorragie modérée	
1.6.2.2.1. Avant 36 SA	
1.6.2.2.2. Après 36 SA	p16
1.6.3. <u>Accouchement</u>	
1.6.3.1. Voie d'accouchement	
1.6.3.2. Anesthésie	p17
1.6.3.3. Délivrance	
2. PRESENTATION DE L'ETUDE	
2.1. Problématique.....	p18
2.2. Hypothèse.....	p19
2.3. Objectifs	
2.4. Matériels et méthodes	p20
2.4.1. <u>Type d'étude</u>	
2.4.2. <u>Critères d'inclusion</u>	
2.4.3. <u>Critères d'exclusion</u>	p21
2.4.4. <u>Description du sous-groupe «complications graves »</u>	
2.4.5. <u>Principe de l'étude et outils utilisés</u>	p22

3. RESULTATS

3.1. Population sélectionnée	p23
3.2. Caractéristiques générales	
3.3. Déroulement de la grossesse	p24
3.3.1. <u>Episodes de métrorragies</u>	
3.3.2. <u>Hospitalisations anténatales</u>	
3.3.3. <u>Traitements reçus en cas d'hospitalisation pour métrorragies</u>	p25
3.3.3.1. Tocolyse IV pour métrorragies	
3.3.3.2. Corticoïdes	p26
3.3.3.3. Antibiothérapie	p27
3.3.3.4. Prévention de l'allo-immunisation foeto-maternelle anti-D	
3.3.3.5. Transfusions pendant la grossesse	p28
3.3.4. <u>Toucher vaginal aux urgences</u>	
3.3.5. <u>Pathologies associées</u>	
3.4. Issue de la grossesse	p29
3.4.1. <u>Placenta à l'accouchement</u>	
3.4.2. <u>Accouchement et post-partum</u>	
3.4.2.1. Epreuve du travail en cas de placenta non recouvrant	p31
3.4.2.2. Amniotomie précoce	
3.4.2.3. Déclenchements	
3.4.2.4. Accouchements voie basse avec présentation du siège	p32
3.4.2.5. Césariennes	
3.4.2.6. Hémorragies du post-partum	
3.4.2.7. Transfusions en post-partum	p33
3.4.2.8. Hystérectomies	
3.4.2.9. Cas de placentas accreta	
3.4.3. <u>Résultats périnataux</u>	p34
3.5. Etude du groupe des « complications graves »	p35
3.5.1. <u>Types de complications graves survenues</u>	
3.5.2. <u>Etude de la prise en charge dans le groupe « complications graves »</u>	
3.5.2.1. Précisions sur la méthodologie utilisée	
3.5.2.2. Résultats	p36

4. DISCUSSION

4.1. Caractéristiques de la population étudiée	p39
4.1.1. <u>Age et antécédents</u>	
4.1.2. <u>Métrorragies pendant la grossesse</u>	
4.2. Pronostic maternel et périnatal en cas d'hospitalisation pour placenta praevia hémorragique à partir de 24 SA (concernant l'hypothèse 1)	
4.2.1. <u>Pronostic maternel</u>	p40
4.2.1.1. Transfusions anténatales	
4.2.1.2. Autres pathologies associées à la grossesse	
4.2.1.3. Epreuve du travail	p41
4.2.1.4. Voie d'accouchement	
4.2.1.5. Délivrance et postpartum	p42
4.2.1.6. Mortalité maternelle	
4.2.2. <u>Pronostic périnatal</u>	p43
4.2.2.1. Morbidité	
4.2.2.2. Mortalité	
4.2.3. <u>Réponse à l'hypothèse 1</u>	p44

4.3. Point sur la prise en charge des patientes à Port Royal (concernant les hypothèses 2 et 3)	
4.3.1. <u>Métrorragies et hospitalisations</u>	p45
4.3.2. <u>Traitements</u>	p45
4.3.3. <u>Toucher vaginal</u>	p47
4.3.4. <u>Accouchement</u>	p47
4.3.5. <u>Réponse à l'hypothèse 2</u>	p49
4.3.6. <u>Lien entre les complications graves et les pratiques: étude du groupe</u> <u>« complications graves »</u>	p50
4.3.7. <u>Réponse à l'hypothèse 3</u>	p52
4.4. Forces et limites de notre étude	p53
4.4.1. <u>Limites</u>	
4.4.2. <u>Forces</u>	
4.5. Propositions pour améliorer les pratiques	p54
4.6. Place de la sage-femme	p55

CONCLUSION	p57
-------------------------	-----

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	p58
--	-----

ANNEXES

- I. Protocole utilisé à la maternité de Port Royal
- II. Grille de recueil des données n°1
- III. Grille de recueil des données n°2
- IV. Groupe des « complications graves »
- V. Critères choisis pour définir l'existence de lien entre un item non respecté et la survenue de complication(s) grave(s)

INTRODUCTION

Le placenta praevia est une complication rare de la grossesse, correspondant à une insertion anormale du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. Cette pathologie obstétricale, d'origine multifactorielle, est potentiellement grave puisque cette anomalie est souvent à l'origine de complications hémorragiques, notamment en deuxième partie de grossesse et jusqu'à la délivrance. Même si les progrès effectués ces dernières années dans le diagnostic et la prise en charge des femmes porteuses d'un placenta praevia ont été conséquents, cette pathologie reste associée à une lourde morbidité maternelle et périnatale. En particulier, la survenue brutale et souvent imprévisible d'une hémorragie massive pendant la grossesse constitue une véritable urgence obstétricale, mettant en jeu le pronostic vital materno-foetal et pouvant nécessiter un accouchement prématuré en urgence.

C'est pourquoi, de par sa potentielle gravité, le placenta praevia a été largement décrit et étudié par de nombreux auteurs, et la littérature portant sur ce sujet est aujourd'hui riche. Cependant, nous avons remarqué qu'il existe peu de travaux portant spécifiquement sur l'étude des femmes ayant eu un placenta praevia symptomatique pendant la grossesse.

De ce constat, et vu l'enjeu que représente ces situations d'urgence, tant pour les sages-femmes et le reste de l'équipe obstétricale que pour les patientes et leurs enfants, nous avons trouvé intéressant d'approfondir ce sujet. Nous avons donc choisi de porter notre étude uniquement sur les femmes porteuses d'un placenta praevia et ayant eu des métrorragies pendant leur grossesse.

Dans cette situation précise, nous avons notamment voulu nous intéresser au pronostic materno-foetal et aux pratiques professionnelles concernant la prise en charge de ces femmes, et nous avons tenté de déterminer s'il pouvait exister un lien entre les deux.

Pour atteindre ces objectifs, une étude rétrospective a été réalisée à la maternité de Port Royal entre janvier et mai 2009, correspondant à un total de 79 patientes.

Au préalable, nous sommes revenus sur quelques généralités concernant le placenta praevia et sa prise en charge. Nous avons ensuite présenté la problématique, les objectifs et hypothèses, et la méthodologie de notre étude. Puis nos résultats ont été exposés et discutés. Enfin, nous avons émis quelques propositions découlant des conclusions de notre travail.

1. GENERALITES

1.1. Historique [1]

Jusqu'au début du 20^e siècle, avant l'ère chirurgicale, la morbidité et la mortalité materno-fœtale liées au placenta praevia étaient très élevées: la mortalité maternelle atteignait 30% au milieu du 19^e siècle, avec une mortalité périnatale de 40 à 80%. A cette époque, les accoucheurs utilisaient différents procédés de compression de la zone d'insertion placentaire pour diminuer l'importance de l'hémorragie: ballons remplis d'eau, traction du cuir chevelu par des pinces (Willet), tamponnade placentaire grâce au siège fœtal après version combinée par voies interne et externe (Braxton Hicks). Bien que parfois efficaces, ces manoeuvres entraînaient souvent des lésions du segment inférieur et du col, aggravant les pertes de sang et les chocs.

L'emploi de la césarienne comme méthode de traitement du placenta praevia se généralisa en 1927 avec Bill, qui proposa aussi l'usage large des transfusions pour combattre l'hypovolémie. La mortalité maternelle chuta alors à 1,8 % mais les résultats fœtaux restaient médiocres avec 32% de mortalité, la césarienne étant pratiquée dès le diagnostic de placenta praevia sans tenir compte de la maturité fœtale. En effet, on croyait alors que le premier épisode de métrorragies se révélerait fatal.

Entre 1945 et 1948, MacAfee et Johnson renoncèrent au toucher vaginal, avec lequel l'opérateur retrouvait une sensation de « matelas placentaire » [2], comme moyen de diagnostic. Ils mirent aussi en place un traitement conservateur avec expectative afin d'attendre la maturité fœtale, après avoir montré que la mortalité périnatale était surtout liée à la prématurité.

L'avènement des techniques ultrasonores constitua une autre étape importante, en particulier avec l'échographie obstétricale qui permit le diagnostic précoce des placentas bas-insérés avant toute manifestation clinique.

De nos jours, les taux de mortalité maternelle et périnatale liée au placenta praevia sont faibles dans les pays développés, respectivement de l'ordre de 0,03% [3,4] et de 4 à 8% [3], mais les taux de morbidité liés à cette pathologie restent élevés.

1.2. Définition et classifications

1.2.1. Définition

Le placenta, siège des échanges maternels-fœtaux, s'insère normalement sur le fond et sur l'une des faces du corps utérin. Il s'attache sur la muqueuse corporeale, appelée pendant la grossesse « déciduale » [5]. Un placenta est qualifié de « praevia » lorsqu'il est inséré sur tout ou partie du segment inférieur de l'utérus [5,2], celui-ci se formant au troisième trimestre. Par abus de langage, ce terme est également utilisé dans le cas d'une patiente présentant des métrorragies sur un placenta bas inséré au second trimestre. La mesure du petit coté des membranes inférieure à 10 cm lors de l'examen du placenta après la délivrance constitue un diagnostic à postériori [2].

1.2.2. Classifications

Pendant la grossesse, la classification anatomique traditionnelle britannique distingue plusieurs types de placenta praevia en fonction de la situation du placenta par rapport à l'orifice cervical interne [6]:

- ✧ **le placenta praevia «latéral»** (stade I de MacAfee): il reste à distance du col, la distance entre son bord inférieur et l'orifice cervical interne est mesurable.
- ✧ **le placenta praevia «marginal»** (stade II de MacAfee): son bord inférieur affleure l'orifice interne du col sans le recouvrir.
- ✧ **le placenta praevia «recouvrant»**: il recouvre le col, partiellement (stade III) ou totalement (stade IV). Ce dernier représente un tiers des placentas praevia [1].

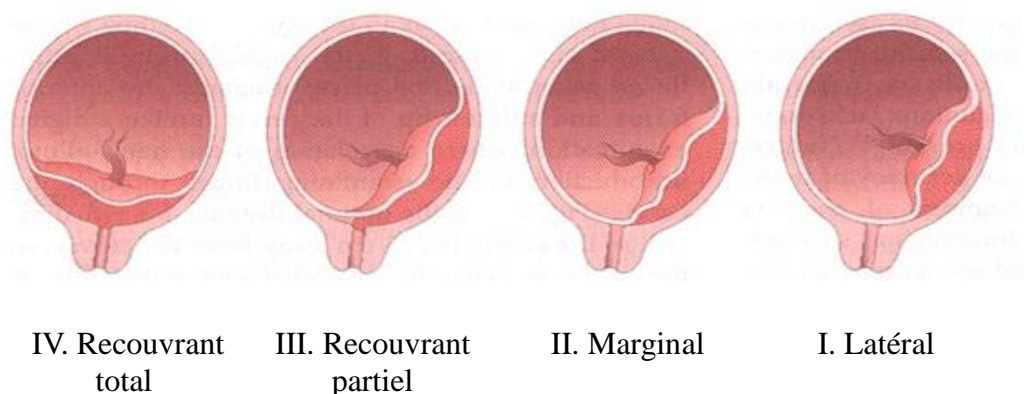


Image 1. Classification de MacAfee

Au cours de ce travail, nous utiliserons une des classifications simplifiées actuelles qui distingue uniquement les placentas **recouvrant** l'orifice cervical, qui nécessitent forcément un accouchement par césarienne, des **non-recouvrants** avec lesquels la voie basse est parfois possible [3].

1.3. Epidémiologie

1.3.1. Fréquence

La fréquence du placenta praevia varie énormément selon les critères retenus et le terme de grossesse.

L'insertion basse du placenta est fréquente en première moitié de grossesse, mais la localisation placentaire peut varier jusqu'à la fin du troisième trimestre avec le phénomène de « **migration placentaire** » [1,7]. Une des théories est que la formation du segment inférieur, au début du troisième trimestre, ferait glisser les plans musculaires de l'isthme utérin qui s'amincit; en cas d'insertion basse, le placenta se « déplacerait » alors vers le fond utérin par simple phénomène mécanique [2]. Ainsi, un placenta diagnostiqué comme praevia au deuxième trimestre se retrouve dans la majorité des cas (54 à 94%) en situation normale à terme, surtout les variétés antérieures [1,8,9].

Dans la plupart des travaux, la fréquence des insertions basses à l'échographie du deuxième trimestre est d'environ 4 à 9 % avec des variations importantes (0,4 à 45 %), contre 3,4 à 8,2% au troisième trimestre [1]. Dans son étude à Port Royal en 2006, Cécile Roy a trouvé 9,4% de placentas insérés à moins de 6 cm de l'orifice interne du col lors de l'échographie du deuxième trimestre. Parmi eux, 84 % étaient normalement insérés à l'échographie du troisième trimestre, la probabilité de « migration » augmentant avec la distance initiale par rapport à l'orifice interne du col utérin [10].

En mesurant le petit côté des membranes lors de l'examen du placenta après la délivrance, une distance inférieure à 10 cm serait retrouvée dans environ 25% des cas, démontrant que l'insertion placentaire était partiellement segmentaire [1,5].

D'un point de vue pratique, l'incidence des placentas praevia symptomatiques ou nécessitant une césarienne à terme est de **0,3 à 0,5 %** dans de nombreuses études, soit une fréquence d'environ **1 pour 200 grossesses** [1,4,5,11-17].

Enfin, l'incidence du placenta praevia a augmenté ces dernières années, ceci semblant être corrélé au taux croissant de césariennes [17].

1.3.2. Etiologies et facteurs favorisants

Les causes réelles de l'insertion basse du placenta restent encore méconnues. Plusieurs facteurs favorisants ont cependant été décrits dans la littérature. Les principaux sont:

- ♣ **La parité:** Pour Tuzovic le risque est multiplié par quatre à partir de trois grossesses [12,14,18].
- ♣ **L'âge maternel:** Indépendamment de la parité, le risque de placenta praevia augmente avec l'âge maternel [18], surtout après 34 ans [14]. Pour Ananth *et al.*, une femme de plus de 40 ans aurait neuf fois plus de risques qu'une femme de 20 ans [19]. L'âge moyen des femmes ayant un placenta praevia est de 31 ans (vs 28) dans l'étude de Tuzovic *et al.* [14].
- ♣ **Les altérations de la muqueuse utérine:**

L'antécédent de césarienne constitue un facteur de risque majeur de placenta praevia [14,17,18,20]. Ce risque augmente avec le nombre de césariennes antérieures, avec un risque relatif respectivement de 4,5 à 44,9 pour une à quatre césariennes antérieures [17]. Il augmente également si la césarienne précède immédiatement la grossesse actuelle [3]. Dans 67 à 80% des cas, le placenta praevia se localise sur la paroi antérieure de l'utérus, du fait de la probable implantation préférentielle de l'œuf sur la cicatrice d'hystérotomie [1].

Les évacuations utérines pour des fausses-couches spontanées ou des interruptions volontaires de grossesse favorisent également la survenue d'un placenta praevia [17,18] avec un risque proportionnel au nombre de gestes effectués [14] et semblant plus associé aux curetages qu'aux aspirations [21].

L'antécédent d'endométrite jouerait aussi un rôle favorisant [1,5].
- ♣ **Les grossesses multiples:** Le placenta plus volumineux et étalé empiète souvent sur le segment inférieur. Ananth *et al.* rapportent un taux de placenta praevia parmi les grossesses gémellaires de 40% supérieur à celui d'une grossesse unique [15].
- ♣ **Tabac et cocaïne:** Le risque relatif est de 1,5 à 3 pour l'exposition au tabac [18,22]. Ces substances entraînent une vasoconstriction responsable d'hypoxémie, qui entraînerait une hypertrophie placentaire compensatrice [1]. L'endomètre serait également altéré.

- ⤴ **L'ethnie:** D'après L.Kim *et al.*, les femmes d'origine asiatique, puis les femmes africaines, seraient plus susceptibles d'avoir un placenta praevia [23].
- ⤴ **L'antécédent de placenta praevia:** Certains auteurs retrouvent 4 à 8% de femmes ayant cet antécédent [1,3], mais ceci est controversé [11,14].
- ⤴ **Fœtus masculins** [11,18,19]. Ce résultat est également assez controversé.
- ⤴ **L'utilisation de techniques de procréation médicalement assistée** telles que les fécondations- in- vitro sembleraient également favoriser les placentas praevia [3,16].

1.4. Diagnostic échographique du placenta praevia

L'échographie est l'examen complémentaire essentiel et fiable dans le diagnostic anténatal de l'insertion basse du placenta. En effet celui-ci est fait la plupart du temps à l'occasion d'une échographie systématique, notamment au cours du deuxième trimestre, avant toute manifestation clinique [2,24]. L'échogénicité du placenta, différente de celle du myomètre, permet de distinguer ses limites grâce au contraste du liquide amniotique [2]. L'échographie doit être effectuée avec un remplissage vésical suffisant [1].

1.4.1. Echographie abdominale

Par voie abdominale, Bessis considère comme bas-insérés les placentas dont l'insertion se situe sur tout ou partie dans une zone allant du sommet de la vessie en réplétion à une distance de 4 cm en arrière du col sur la face postérieure de l'utérus [1]. La précision du diagnostic par cet examen est de 93 à 96 % [1], avec des faux positifs fréquents. Les difficultés diagnostiques peuvent être liées à un remplissage excessif de la vessie, à un balayage insuffisant de l'abdomen en cas de placenta latéral, à l'obésité, et aux structures fœtales masquant la limite inférieure du placenta particulièrement en cas de placenta postérieur; ceci est corrigeable par la position de Trendelenburg et le refoulement manuel de la présentation [1].

1.4.2. Echographie endovaginale

Afin de passer outre ces difficultés, la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) et le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) recommandent de confirmer l'insertion placentaire par échographie endovaginale dès qu'un placenta praevia est suspecté, et ce à tout moment de la grossesse [9,25]. En effet, ce type d'échographie permet de mesurer la distance exacte entre le bord inférieur placentaire et l'orifice interne du col. C'est aujourd'hui la méthode de choix pour préciser la localisation placentaire, spécialement en cas de placenta postérieur [7,26]. Elle a une meilleure sensibilité et spécificité que l'échographie par voie abdominale, respectivement 87,5% et 98,8% d'après Leerentveld *et al.* Ces auteurs ont aussi démontré que cette méthode n'aggrave pas les métrorragies [27].

En effet, il arrive parfois que le diagnostic de l'insertion basse du placenta soit fait à l'occasion de métrorragies, puisque celles-ci constituent à la fois le symptôme et le risque essentiel de l'insertion viscieuse du placenta sur le segment inférieur, comme nous allons maintenant le voir.

1.5. Les complications liées au placenta praevia

1.5.1. Complications maternelles

L'hémorragie, symptôme de l'insertion basse du placenta, constitue le principal risque pour les femmes ayant un placenta praevia, que ce soit pendant la grossesse, le travail et même après la délivrance. L'hémorragie est la cause principale de la mortalité maternelle, même si celle-ci est inférieure à 1% [1, 28].

1.5.1.1. Le risque hémorragique pendant la grossesse et le travail

Le placenta praevia constitue la principale cause des saignements antépartum (31%) [29, 30], suivi par l'hématome rétro-placentaire (22%) [29]. Les hémorragies liées au placenta praevia représentent 11 à 38% des hémorragies de la deuxième moitié de grossesse [1].

1.5.1.1.1. Manifestations cliniques et mécanisme des métrorragies

Classiquement, il s'agit de métrorragies de survenue brutale, sans cause apparente ni douleur, de sang rouge franc liquide avec des caillots. L'hémorragie, d'abondance variable, est presque entièrement extériorisée; l'altération de l'état général de la patiente est ainsi proportionnelle à la quantité de sang perdu. En dehors d'éventuelles contractions, l'utérus est parfaitement relâché à l'examen clinique, avec une présentation plus fréquemment anormale, haute et mobile [1].

Les métrorragies sont dues au décollement du pôle inférieur du placenta. Celui-ci s'expliquerait par un tiraillement provoqué par la présence de contractions utérines, même physiologiques, ou encore un clivage entre le placenta et le myomètre lors de l'ampliation du segment inférieur [1,5]. Les sinus maternels de la caduque restent alors béants, car la rétraction du myomètre, qui assure normalement l'hémostase après l'expulsion fœtale, ne peut pas se faire sans vacuité utérine préalable [1].

1.5.1.1.2. Fréquence et terme des métrorragies

Selon les études, les métrorragies concernent **45 à 95 %** des femmes ayant un placenta praevia [1,13,31,32,33], Tuzovic ayant retrouvé un taux de 89% dans une étude rétrospective menée sur 10 ans [12].

La majorité des femmes ont leur **premier épisode** avant 37 SA [13]. Celui-ci survient **en** moyenne au début du troisième trimestre **entre 30 et 34 SA**, les femmes avec un placenta recouvrant ayant tendance à saigner les premières [12,13,34]. Des récives surviennent dans 55 à 65 % des cas malgré l'hospitalisation et le repos [1], **le nombre d'épisodes étant en moyenne de 2,3** en cas de placenta praevia [13], sans différence significative selon les types d'insertion placentaire [3,12,13,31].

Pendant le travail, le risque hémorragique concernerait la majorité des femmes [1].

1.5.1.1.3. Evolution et conséquences

En cours de grossesse et en particulier pour l'épisode initial, l'évolution la plus fréquente est la disparition des métrorragies après traitement médical. Cependant, certains épisodes plus graves nécessitent d'interrompre la grossesse [2,8].

Les métrorragies pendant la grossesse sont responsables d'hospitalisations pour 35 à 61% des

femmes [13], et de transfusions antépartum pour 3,8 à 7,4% [13,32]. Environ 40% des femmes accouchent prématurément dans un contexte hémorragique [13,35].

Globalement, les risques d'hémorragies profuses et subites, de césariennes en urgence et de transfusions sont imprévisibles pour tout type de placenta praevia [12,31]. Toutefois, les formes **recouvrantes** auraient un pronostic plus sombre pour certains auteurs [13,34], avec plus de **prématurité** entre autres. Dans tous les cas, les femmes ayant **saigné pendant la grossesse** semblent plus à risque d'être **césarisées en urgence** [31,32,36] et d'**accoucher prématurément** [32,34], comparativement aux placentas asymptomatiques.

1.5.1.2. Le risque hémorragique en post-partum

En cas de placenta praevia, le risque hémorragique est aussi clairement augmenté après la délivrance [12,16,37,38]. Selon les études les taux d'hémorragies du post-partum (HPP) varient énormément, de 1,3% pour Sheiner *et al.* [16] à 60% pour Zlatnik *et al.* [37].

L'HPP est favorisée par une rétraction imparfaite du segment inférieur pauvre en tissu musculaire, ou par un décollement placentaire incomplet, voire la présence d'un placenta **accreta**. Celui-ci correspond à une adhérence anormale du placenta au myomètre due à l'absence de caduque basale. Le placenta accreta est plus fréquent en cas de placenta praevia, auquel il est associé dans plus de deux tiers des cas [24], et survient souvent en cas d'antécédent de césarienne, expliquant l'insertion souvent antérieure de ces placentas. Ainsi, en cas de placenta praevia, le risque d'accreta est de 25% en cas d'utérus unicatriciel, et de plus de 40% en cas d'utérus multicatriciel [9]. Cette anomalie est souvent découverte à l'occasion d'une délivrance artificielle responsable d'hémorragie massive, mais elle peut être suspectée pendant la grossesse par échographie doppler couleur et IRM [2,9,25], à effectuer en particulier en cas de placenta praevia antérieur associé à un utérus multicatriciel [24].

Ainsi, les femmes ayant un placenta praevia ont un risque augmenté de transfusion (11 à 35% selon les études) et d'hystérectomie (4 à 15% selon les études) en post-partum, et ces risques sont majeurs en cas de **placenta recouvrant** [13] ou **d'accreta** [39].

1.5.1.3. Autres complications maternelles

En cas de placenta praevia, il y a plus de ruptures prématurées des membranes (11 à 18,4%) [1], d'accouchements prématurés, de chorioamniotites, et d'hématomes placentaires liés à un décollement prématuré [1,8]. En post-partum la morbidité maternelle reste élevée: de 20 à 60% [1]. Elle est liée à une fréquence augmentée d'anémies [16], d'infections [8] et de pathologies thrombo-emboliques [4].

1.5.2. Complications périnatales

La principale complication est la **prématurité**, jusqu'à 14 fois plus importante [14,34] en cas de placenta praevia. Malgré l'attitude conservatrice et la tocolyse active, elle est encore de l'ordre de **40%** (de 37 à 54%) [11,12,14,16,19,32,38,40,41].

Selon Ananth *et al.*, les patientes accouchent 2,1 semaines plus tôt, soit à 36,7 SA en moyenne [19]. Le risque de prématurité est en fait **majoritairement présent en cas d'épisode(s) hémorragique(s)** pendant la grossesse [30,32], il augmente en cas de récurrence [1,31] et avec la précocité du premier épisode, les métrorragies avant 20 SA ayant un pronostic très médiocre avec près de 50% de prématurité [42]. Pour Dola *et al.*, ce risque est aussi plus important en cas de placentas recouvrants, qui ont tendance à saigner plus tôt [13], ce qui est en accord avec l'affirmation précédente.

La prématurité, de par ses nombreuses complications, est la principale cause de **mortalité périnatale** associée au placenta praevia [43]. Celle-ci est trois à quatre fois supérieure à la normale, avec des taux variant de 0,02 à 2,3% ces dix dernières années [12,16,40,43]. Les autres causes de décès sont les compressions du cordon par procidence, les Morts Foetales In Utéro (MFIU), les chocs hémorragiques maternels [1].

Globalement, les enfants de mères ayant un placenta praevia ont un risque plus élevé de détresse respiratoire (indépendamment de l'âge gestationnel) [44], d'anémie [40], et de malformation congénitale [16,19,40]. Ils seraient plus souvent hypotrophes [12], mais ceci est controversé [19].

1.6. Prise en charge en cas de placenta praevia hémorragique

Ces dernières années, les taux de mortalité maternelle et périnatale liée au placenta praevia sont faibles malgré la complication fréquente qu'est l'hémorragie. Rappelons qu'en l'absence

d'intervention médicale, la mortalité maternelle est estimée à 25 % et la mortalité fœtale à 90% [45]. D'autre part, l'évolution des manifestations cliniques du placenta praevia est hautement variable et ne peut pas être prédite avec exactitude [31], bien que les formes recouvrantes semblent associées à un pronostic maternel et périnatal plus sombre [12,13]. Il est donc primordial de pouvoir assurer une prise en charge optimale des patientes lorsque leur placenta praevia devient symptomatique. A partir de la littérature, nous allons en présenter les principaux points, en explicitant les rares variations entre les données de la littérature et le protocole utilisé à Port Royal (annexe I).

1.6.1. Prise en charge initiale

De principe, il faut vérifier que le sang provient de l'orifice interne du col, à l'aide d'un **spéculum**, afin d'éliminer une cause locale. L'évaluation de la perte sanguine est difficile à reconnaître, c'est pourquoi il faut aussi apprécier l'**état hémodynamique** maternel et mesurer le pouls et la pression artérielle, en sachant reconnaître un état de choc à son début (manifesté par un pouls pincé, des sueurs, pâleur...) toutefois rarement présent [2].

Une - voire deux - **voie veineuse** de bon calibre (16 à 18 g) doit être posée à la patiente, et un **bilan sanguin d'urgence** prélevé, comportant: bilan pré-opératoire, hémocue, et Kleihauer à la recherche d'une éventuelle hémorragie foeto-maternelle. Une consultation d'anesthésie en urgence doit être réalisée, et il faut s'assurer de la présence de culots globulaires disponibles [1,8].

Une **échographie par voie endovaginale** est à réaliser en urgence pour faire ou confirmer le diagnostic de placenta praevia [2,9,25], avant tout examen du col par **toucher vaginal**. En effet, ce geste, rarement informatif, pourrait provoquer une hémorragie très grave (13% en cas de placenta recouvrant) [1,8]. C'est pourquoi, il ne doit être fait que si patiente semble en début de travail et que si le résultat de ce toucher peut laisser envisager la possibilité d'un accouchement voie basse, après le bilan initial et le début de la prise en charge effectués, voie veineuse posée et culots globulaires réceptionnés [2]. Le toucher vaginal est donc, entre autre, formellement contre-indiqué en cas de placenta recouvrant.

En pratique, l'activité cardiaque fœtale et la présentation sont rapidement vérifiées en même temps que la localisation placentaire aux urgences. Un enregistrement du **rythme cardiaque fœtal** (RCF) est également fait dès l'arrivée de la patiente. En effet, des signes d'anoxie fœtale, pouvant évoquer une importante spoliation sanguine maternelle, modifieraient la prise

en charge [2]. Ce n'est qu'après quelques heures qu'une **échographie foetale complète** sera réalisée en dehors d'un contexte d'urgence [24].

De plus, une **antibioprophylaxie** est débutée en cas de métrorragies abondantes car le sang constitue un milieu de prolifération bactérienne. Chez les femmes de Rhésus D négatif, des immunoglobulines anti-D doivent être administrées dans le cadre de la prévention ciblée de l'allo-immunisation foeto-maternelle Rhésus [8].

1.6.2. Conduite à tenir, selon la clinique et le terme

1.6.2.1. En cas d'hémorragie grave

Dans tous les cas, la césarienne s'impose de principe en cas d'hémorragie sévère, pour sauvetage maternel [1,2,39].

1.6.2.2. En cas d'hémorragie de moindre importance

1.6.2.2.1. Avant 36 SA

L'hospitalisation est systématique. Le but est de retarder l'accouchement jusqu'à l'obtention de la maturité foetale, sans augmenter les risques maternels. Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) [39], avant 34 SA une **tocolyse** courte de 48 heures est instituée pour tenter de stopper les saignements; à Port Royal, cette tocolyse peut être effectuée jusqu'à 36 SA. Elle permet d'effectuer une cure de **corticoïdes** nécessaire à la maturation foetale et recommandée en cas de risque d'accouchement prématuré entre 24 et 34 SA. La tocolyse est associée à une prolongation de la grossesse et à une augmentation du poids de naissance, sans aggraver les saignements [46]. Il n'existe pas d'éléments convaincants pour justifier une tocolyse prolongée [39]. Les bêtas-mimétiques sont à éviter en première intention du fait d'effets secondaires cardiovasculaires pouvant aggraver l'état hémodynamique [39]. L'atosiban ou les inhibiteurs calciques peuvent être utilisés, en rappelant toutefois que ces derniers n'ont pas d'Autorisation de Mise sur le Marché en traitement tocolytique.

En cas de persistance de métrorragies responsables de déglobulisation maternelle, la **césarienne** est le seul traitement à proposer, sauf si un accouchement par voie basse semble

possible rapidement et n'est pas contre-indiqué [2].

D'autre part durant l'hospitalisation une supplémentation en **fer et foline** est donnée en prévention ou en traitement de l'anémie. L'équipe établit une **surveillance** maternelle générale, obstétricale, hématologique et infectieuse avec prélèvement vaginal hebdomadaire, et foetale, avec enregistrement du rythme cardiaque foetal en cas de métrorragies.

Le retour à domicile est possible après quelques jours (sept jours à Port Royal) sans métrorragies à condition de ne pas être seule, d'habiter à proximité de l'hôpital, de pouvoir le joindre et s'y rendre dès l'apparition de métrorragies [9,39]. Pour le RCOG, les femmes avec un placenta recouvrant ayant déjà saigné devraient être systématiquement hospitalisées à partir de 34 SA [25].

1.6.2.2.2. Après 36 SA

En cas de métrorragies sur placenta non recouvrant en fin de grossesse, ou en cours de travail quelque soit le terme, le toucher vaginal a son intérêt: si les membranes sont accessibles, il faut réaliser une **amniotomie** et diriger l'accouchement [2]. Ce geste favorise l'arrêt des saignements en supprimant le tiraillement des membranes, et en augmentant la compression de la présentation au niveau de la zone décollée du placenta. Il est à réaliser avec certaines précautions. Idéalement, la présentation doit être suffisamment bien adaptée au segment inférieur, à cause du risque augmenté de procidence du cordon en cas d'insertion basse du placenta [1]. Il est aussi conseillé de rompre sous spéculum pour vérifier l'absence de vaisseaux praevia, adhérents aux membranes en regard de la zone de dilatation, plus fréquents en cas de placenta praevia [1]. Leur rupture entraînerait une hémorragie foetale grave « de Benkiser », manifestée par des saignements de faible abondance associés à une altération sévère du rythme cardiaque foetal [2,24].

L'échec de ces manœuvres, l'absence de dilatation du col et/ou la persistance de métrorragies amènent à une césarienne [2].

1.6.3. Accouchement

1.6.3.1. Voie d'accouchement

En cas de placenta recouvrant, la césarienne s'impose. Elle sera programmée vers 38-39 SA s'il reste asymptomatique jusqu'à ce terme. De même la présence de vasa praevia contre-indique l'accouchement par voie basse [24]. Certains recourent également à la césarienne en cas de présentation du siège [1,5].

Pour les femmes avec un placenta non recouvrant, et en l'absence d'autres contre-indications à la voie basse, l'épreuve du travail sera envisageable avec les mesures précédemment évoquées. Cependant, plusieurs auteurs insistent sur le fait qu'une distance entre le bord placentaire et l'orifice interne du col, mesurée après 35 SA et inférieure à deux centimètres, est associée à un taux élevé de césariennes pour métrorragies (40 à 90%). A l'inverse, une distance de plus de deux centimètres est associée à une forte probabilité d'accouchement par voie basse (63 à 100%) [9,26].

1.6.3.2. Anesthésie

En cas de césarienne pour placenta praevia, il est possible d'avoir recours à une anesthésie régionale [9]. Toutefois, d'après la HAS, si un saignement actif est en cours, ou en présence de facteurs de risque de placenta accreta, en particulier l'association d'un placenta antérieur sur un utérus cicatriciel, l'anesthésie générale est préférable à la rachis-anesthésie. Dans un contexte hémorragique, cette dernière exposerait à une instabilité hémodynamique péri-opératoire en raison de son effet vasodilatateur [39].

1.6.3.3. Délivrance

A la délivrance, la révision utérine sera d'indication large [2]. En cas d'hémorragie, la prise en charge est celle de toute HPP.

En cas de placenta accreta, si les saignements ne sont pas trop importants, le traitement doit être plutôt conservateur d'emblée avec un placenta laissé volontairement en place. En effet, les tentatives d'extraction du placenta s'accompagnent inévitablement d'un risque majeur d'hémorragies profuses et de complications liées à une chirurgie particulièrement agressive [39]. Les agents utérotoniques peuvent aider à réduire la perte de sang due à la relative atonie

du segment inférieur. L'embolisation des artères utérines est parfois utile, et des mesures supplémentaires telles que la ligature des artères utérines, voire l'hystérectomie, doivent être considérées si besoin [25].

2. PRESENTATION DE L'ETUDE

2.1. Problématique

Comme nous l'avons vu précédemment, le placenta praevia est une variété d'insertion placentaire particulièrement redoutée en obstétrique de par son principal risque: l'hémorragie, particulièrement en deuxième moitié de grossesse et à l'accouchement [1]. L'échographie, qui permet actuellement un diagnostic précoce du placenta praevia, ne met pas à l'abri de la survenue brutale d'une hémorragie, pouvant dans certains cas mettre en jeu le pronostic vital maternel et fœtal, de façon imprévisible [31]. Le placenta praevia reste encore aujourd'hui associé à un taux élevé de mortalité et surtout de morbidité maternelle et périnatale (20 à 60%) [1].

En vue d'améliorer la qualité des soins concernant la prise en charge des femmes hospitalisées pour métrorragies pendant leur grossesse, il est tout d'abord important de sensibiliser les équipes aux principaux risques encourus par ces femmes et leurs enfants, et donc de connaître ceux-ci avec précision, afin de les amener à être toujours plus vigilantes dans leurs pratiques.

D'autre part, concernant la qualité de celles-ci, l'établissement et le respect de recommandations et protocoles précis à suivre sont essentiels. En effet, ils permettent aux équipes obstétricales d'avoir une cohérence et une rapidité dans la prise de décision face à l'urgence stressante que représente l'hémorragie placentaire. Ainsi, à la maternité de Port Royal a été établi un protocole de référence instaurant une conduite à tenir par l'équipe obstétricale en cas de placenta praevia hémorragique (annexe I). L'objectif est d'être le plus efficace possible afin de faire courir le moins de risque possible à la fois pour la mère et l'enfant, et ainsi diminuer au maximum les taux de morbidité et de mortalité liés à cette pathologie. Il est ensuite nécessaire de confronter régulièrement la pratique effectuée au référentiel utilisé et de mesurer les résultats obtenus. Cette démarche entre dans le cadre de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), définie par la HAS comme « l'analyse de la

pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques »[47]. Bien que les textes de loi concernant l'EPP soient pour l'instant destinés aux médecins, elle concerne toutes les professions de santé puisque toute procédure d'EPP est reconnue comme démarche de formation continue, la finalité étant la même : promouvoir l'amélioration de la qualité des soins. Les sages-femmes se trouvent donc directement concernées par une réflexion sur les pratiques professionnelles portant sur la prise en charge des femmes ayant une pathologie telle que le placenta praevia hémorragique, à laquelle elles se retrouvent parfois confrontées. En effet, que ce soit de la découverte du symptôme à sa surveillance, elles ont un rôle important aux côtés des obstétriciens aux urgences, en service de grossesses pathologiques, et en salle de travail. Elles participent ainsi à l'amélioration des soins en périnatalité en collaboration avec le reste de l'équipe médicale.

Suite à ces réflexions, la question que nous nous posons est la suivante:

Quelles informations utiles pouvons-nous tirer de l'étude des pratiques à Port Royal concernant les femmes hospitalisées pour placenta praevia hémorragique (à partir de 24 SA), en rapport avec les résultats maternels et périnataux obtenus et la qualité de la prise en charge ?

2.2. Hypothèses

Concernant cette problématique, nous avons émis les hypothèses suivantes:

- ✧ **1 - Pour beaucoup de femmes ayant été hospitalisées en raison d'un placenta praevia hémorragique, le pronostic maternel et périnatal est sombre**, avec de nombreuses complications graves.
- ✧ **2 - Il existe des écarts** entre les pratiques professionnelles et l'application du protocole de Port Royal concernant la prise en charge des femmes hospitalisées pour placenta praevia hémorragique.
- ✧ **3 - Les complications graves maternelles et/ou périnatales sont en partie liées à l'existence d'écart(s)** entre les pratiques professionnelles et le protocole.

2.3. Objectifs

Notre étude se propose donc de:

- ⤴ **Décrire la population** des femmes ayant eu une grossesse compliquée d'un placenta praevia jusqu'à l'accouchement et ayant été hospitalisées pour métrorragies pendant la grossesse à partir de 24 SA
- ⤴ **Evaluer le déroulement et l'issue de leurs grossesses**, afin de pouvoir informer les équipes et les patientes sur le **pronostic maternel et périnatal**.
- ⤴ **Analyser les pratiques à Port Royal** concernant la prise en charge des femmes à partir de 24 SA en cas de placenta praevia hémorragique.
Etudier en particulier l'existence de lien entre un défaut de prise en charge et la survenue de complications graves maternelles et/ou périnatales.
- ⤴ **Si besoin, proposer des mesures** pour essayer de diminuer la morbidité et mortalité maternelles et périnatales.

2.4. Matériel et méthodes

2.4.1. Type d'étude

Notre étude est une étude rétrospective descriptive sur dossiers effectuée à Port Royal, maternité parisienne de type III, pendant la période allant du 01/01/05 au 31/05/09.

2.4.2. Critères d'inclusion

Pour notre étude, nous avons inclus les dossiers des patientes ayant eu une grossesse monofoetale avec **un placenta praevia jusqu'à l'accouchement, et ayant été hospitalisées au moins une fois à Port Royal (à partir de 24 SA) pour métrorragies liées à l'insertion basse du placenta**.

Nous avons considéré que le type d'insertion placentaire lors de l'accouchement était celui datant de la dernière échographie effectuée. Nous avons sélectionné uniquement les femmes avec un placenta praevia jusqu'à l'accouchement afin d'exclure les cas de « migration placentaire » ce qui aurait biaisé nos données pronostiques sur la voie d'accouchement et ses complications.

Nous avons choisi le terme minimal d'hospitalisation pour métrorragies à 24 SA car c'est un terme à partir duquel la prise en charge obstétricale des patientes se modifie compte tenu des chances de viabilité du fœtus, puisqu'un des éléments qui nous intéressait dans notre étude était les résultats périnataux.

2.4.3. Critères d'exclusion

Nous avons exclu: les cas de **grossesses multiples** pour éviter les facteurs de confusion liés à la spécificité de ces grossesses, les grossesses aboutissant à une **interruption médicale de grossesse** (IMG) pour ne pas fausser le pronostic périnatal, les **patientes ayant accouché dans une autre maternité** que celle de Port Royal, et tout **dossier incomplet**.

2.4.4. Description du sous-groupe « complications graves »

Pour notre étude, nous avons décidé d'inclure dans un sous-groupe appelé « complications graves » tout dossier de patiente comportant au moins l'un des critères énumérés dans la première ligne du tableau suivant. Les complications graves correspondantes possibles sont définies dans la deuxième ligne.

	Mère	Enfant
Critères d'inclusion dans le sous-groupe	Décès Transfert en réanimation Toute hémorragie ayant nécessité: <ul style="list-style-type: none"> ⤴ une transfusion ⤴ un recours au Nalador ⤴ une embolisation ⤴ une ligature des hypogastriques ⤴ une hystérectomie d'hémostase 	MFIU Décès néonatal Transfert en réanimation après 37 SA
Complications graves correspondantes	Décès Spoliation sanguine pendant la grossesse: ayant nécessité une transfusion <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Pendant la grossesse ou ⤴ En post-partum chez les femmes ayant eu au moins 8 épisodes de métrorragies au total Accouchement dans un contexte hémorragique: ayant été précédé de métrorragies abondantes et/ou persistantes, en association avec une transfusion (pendant l'épisode hémorragique en cours ou en post-partum) HPP (avec ou sans accreta) ayant nécessité un des traitements cités ci-dessus	MFIU Décès néonatal Pathologie(s) ayant nécessité un transfert en réanimation après 37 SA

Tableau 1. Sous-groupe « complications graves »

2.4.5. Principe de l'étude et outils utilisés

Nous avons donc successivement décrit:

- ⤴ La population des femmes sélectionnées
- ⤴ Le déroulement de leur grossesse: hospitalisations, métrorragies, traitements reçus, pathologies associées
- ⤴ et l'issue de celle-ci: accouchement, résultats maternels et périnataux.

Au cours de cette description, nous avons insisté particulièrement sur la prise en charge des patientes mise en oeuvre par les équipes en cas de métrorragies.

Dans ce but, une **grille de recueil de données n°1** (annexe II) a été remplie **pour chaque patiente**.

Puis nous avons tenté de déterminer l'existence de lien entre des complications graves et d'éventuels écarts au protocole dans le groupe des « complications graves ». Afin d'y parvenir, **une grille de recueil de données n°2** (annexe III) **comportant les principaux items du protocole** de la maternité de Port Royal a été remplie **uniquement pour les patientes de ce groupe**, à propos de leur **dernière hospitalisation pour métrorragies**.

Le principe a été d'identifier:

- ⤴ d'une part l'existence d'item(s) du protocole non respecté(s) pour chaque patiente en fonction de sa situation,
 - ⤴ d'autre part le type de complication(s) survenue(s) pour chacune,
- puis d'évaluer leur lien éventuel, suivant le contexte.

Pour traiter nos données, nous avons utilisé le tableur du logiciel Open Office.

3. RESULTATS

3.1. Population sélectionnée

- L'étude a porté sur la période du 01/01/05 au 31/05/09.
- D'après la base de données de Port Royal, 122 dossiers correspondaient à notre recherche; parmi eux 43 dossiers ont été éliminés pour les raisons suivantes: placenta normalement inséré à l'accouchement (23 dossiers), aucune hospitalisation à Port Royal à partir de 24 SA pour métrorragies (8 dossiers), accouchement dans une autre maternité que Port Royal (2 dossiers), grossesses gémellaires (2 dossiers), IMG (1 dossier), 2 dossiers incomplets (parties pédiatriques), et 5 dossiers introuvables.
- Au final, **79 patientes** ont été retenues pour notre étude. Le groupe « complications graves » comptait **41 dossiers**, soit la moitié.
- Concernant la provenance des patientes, 40 (51%) étaient suivies à Port Royal, tandis que les autres étaient suivies dans d'autres maternités (38 patientes) ou en ville (1 patiente), avant leur transfert-in-utéro à la maternité de Port Royal suite à des métrorragies. Toutes les patientes retenues ont accouché à Port Royal.
- Tous les résultats des tableaux sont présentés sous la forme suivante:
n (%), ou moyenne \pm écart type.

3.2. Caractéristiques générales

Age moyen (années)		33,7	\pm 4,8
Gestité	moyenne	2,2	\pm 1,8
	nulligestes	13	(16%)
	gestité \geq 3	33	(42%)
Parité	moyenne	1,2	\pm 1,3
	nullipares	26	(33%)
	parité \geq 3	15	(19) %
Antécédents utérins			
	au moins 1 césarienne	25	(32) %
	au moins 1 curetage	13	(16%)
	placenta praevia	1	(1%)
	placenta accreta	2	(3%)

Tableau 2. Caractéristiques générales de la population étudiée

- La gestité et la parité sont celles précédant la grossesse actuelle.
- Pour les deux femmes ayant un antécédent d'accrète, le placenta n'était alors pas praevia.
- 38 femmes, soit **la moitié des patientes de notre étude, ont eu au moins un antécédent de geste utérin** (incluant césarienne, curetage, myomectomie, révision utérine pour non décollement placentaire, HPP).

3.3. Déroulement de la grossesse

Nous allons successivement donner des éléments à propos de la survenue d'épisodes de métrorragies liées au placenta praevia, des hospitalisations des patientes et de la prise en charge effectuée, en particulier concernant les traitements reçus et la pratique du toucher vaginal, et enfin traiter des complications de la grossesse associées.

3.3.1. Épisodes de métrorragies

Un épisode a été défini comme la survenue de métrorragies ayant nécessité une mise sous tocolyse (IV, PO, suppositoire), ou une consultation pour métrorragies, ou la reprise de saignements au moins 24h après arrêt des saignements précédents.

Nombre moyen d'épisodes par femme		3,2 ± 2,1
Premier épisode	terme moyen (SA+j)	28+6 ± 2,1
	<30 SA	45 (57) %
	30-37 SA	29 (37) %
	≥37 SA	5 (6%)

Tableau 3. Episodes de métrorragies

3.3.2. Hospitalisations anténatales

Durée totale moyenne d'hospitalisation (j)	tout motif confondu	18	± 13,7
	pour métrorragies	17	± 13,7
Hospitalisations pour métrorragies	nombre moyen par femme	2,2	± 1,2
	femmes hospitalisées ≥ 1 fois	79	(100%)
	≥ 2 fois	48	(61%)
	≥ 3 fois	29	(37%)
	≥ 4 fois	10	(13%)
	≥ 5 fois	3	(4%)
	durée moyenne (j)	8	± 6,7

Tableau 4. Hospitalisations anténatales (y compris celles avant transfert à Port Royal)

- Huit femmes (10%) ont eu au moins une fois un épisode de métrorragies sans avoir été hospitalisées. Le terme moyen était alors de 25,5 SA. A Port Royal, cela a concerné deux femmes (à 28+4 et 32+4 SA) dont une ne souhaitait pas être hospitalisée.
- Parmi les femmes que nous avons sélectionné pour notre étude, neuf (11%) avaient déjà été hospitalisées pour métrorragies avant 24 SA.
- A Port Royal, il y a eu au total 141 hospitalisations pour métrorragies de femmes ayant un placenta praevia, à partir de 24 SA.

3.3.3. Traitements reçus en cas d'hospitalisation pour métrorragies à partir de 24 SA

Nous allons aborder les principaux traitements administrés aux patientes en cas d'hospitalisation pour métrorragies sur placenta bas-insérés: la tocolyse, la corticothérapie, l'antibiothérapie, la prévention de l'allo-immunisation Rhésus, et les transfusions anténatales.

3.3.3.1. Tocolyse IV pour métrorragies

71 patientes (90%) ont reçu au moins une cure de tocolyse IV pour métrorragies, 17 (22%) ont reçu au moins quatre cures. Le nombre moyen de cures par femme a été de 2,3.

- Voici le détail concernant les cas de **tocolyse IV faite soit après 36 SA, soit non faite entre 24 et 36 SA, en cas de métrorragies**, à Port Royal:

Situation	N cas	Terme (SA+j)	Tocolyse IV	Explication	Evolution
Tocolyse IV faite après 36SA	2	36+7 et 37+4	IV (quelques heures)	En attente de la césarienne programmée le lendemain	Arrêt des métrorragies
	3	36 (les 3)	IV (24 à 48h)	?	Arrêt des métrorragies AVB à 36 SA+2 j et après 37 SA pour 2 patientes
	1	36+4	IV (1h)	?	Césarienne en urgence pour métrorragies (1h plus tard)
Pas de tocolyse IV entre 24 et 36 SA	3	29+5 à 35	/	Métrorragies «abondantes»	Césarienne en urgence pour métrorragies (immédiate)
	1	24+4	/	Abandon foetal	AVB le jour même
	4	28 à 34+3	/	Métrorragies « minimes »	Arrêt des métrorragies

Tableau 5. Décision de tocolyse IV à Port Royal en cas de métrorragies

En cas de métrorragies abondantes, il y a eu six cas où les femmes ont reçu une tocolyse IV à Port Royal, tous avant 36 SA (entre 30SA+2j et 35SA+4j).

Deux fois, du Loxen® IV (pendant 24 à 48h) a suffi à stopper les saignements.

Pour quatre femmes, du Loxen® IV a été débuté à Port Royal, ou débuté avant leur transfert et poursuivi après l'arrivée. Ces patientes ont été césarisées en urgence pour métrorragies dans les heures suivantes et trois ont été transfusées en post-partum sans avoir fait d'HPP.

- **Le tocolytique IV utilisé en première intention à Port Royal** en cas de métrorragies, sur un total de 160 épisodes ayant conduit à une tocolyse IV, est dans 94% des cas le Loxen®, 3% des cas le Tractocile®, et 3% le Salbumol®. Ces deux derniers ont été utilisés en première intention soit en cas de poursuite du tocolytique débuté avant un transfert, soit après un ou plusieurs épisodes de métrorragies ayant nécessité un relai par Tractocile® ou Salbumol®.

- **La durée des cures de tocolyse IV à Port Royal** est présentée ci-dessous, sur un total de 179 cures de tocolyse IV.

≤ 2 j	150	(84%)
3 j	15	(8%)
4 j	11	(6%)
5 j	1	(0,5%)
6 j	0	(0%)
7 j	2	(1%)
≥ 8 j	0	(0%)

Tableau 6. Durée des cures de tocolyse IV à Port Royal

Deux patientes tocolysées pendant 3 et 4 jours ont rompu les membranes pendant le traitement. Les patientes tocolysées 7 jours ont eu des épisodes de métrorragies rapprochés.

3.3.3.2. Corticoïdes

Voici la répartition des patientes selon le nombre de cures de corticoïdes administrées:

0 cure	17	(22%)
1 cure	40	(51%)
2 cures	22	(28%)
≥ 3 cures	0	(0%)

Tableau 7. Répartition des patientes selon le nombre de cures de corticoïdes administrées (toutes maternités confondues)

62 patientes (78%) ont eu au moins une cure de corticoïdes.

Parmi les patientes hospitalisées entre 24 et 34 SA à Port Royal: **une patiente** hospitalisée à 32 SA+6j **n'a jamais eu aucune cure de corticoïdes** en raison d'une césarienne en urgence pour métrorragies abondantes. Une autre n'a pas eu de corticothérapie à 33+3 SA mais a eu sa première cure à 35SA+3j lors d'une autre hospitalisation pour métrorragies; c'est la seule femme qui a reçu des corticoïdes après 34 SA.

Avant 24 SA, deux femmes ont reçu une cure de corticothérapie: à 23 SA+1j à Port Royal, et à 22 SA+6j ailleurs.

3.3.3.3. Antibiotiques

Nous avons répertorié ci-dessous les cas où les patientes ont eu au moins une antibiothérapie en cas d'hospitalisation pour métrorragies à Port Royal.

métrorragies	abondantes n = 8		modérées n = 72		minimes n = 65	
ATB oui	4	50%	64	89%	57	88%
ATB non	4	50%	8	11%	8	12%

Tableau 8. Administration d'antibiotiques en cas de métrorragies à Port Royal

En cas de métrorragies abondantes, les **quatre femmes** qui n'ont pas reçu d'antibiotiques ont toutes eu une césarienne immédiate en urgence pour métrorragies.

3.3.3.4. Prévention de l'allo-immunisation foeto-maternelle anti-D

Treize patientes étaient de rhésus D négatif. Pour deux d'entre elles, il n'a été retrouvé aucune injection d'anti-D pendant la grossesse documentée dans le dossier; leurs grossesses dataient de 2005 et 2007.

Pour toutes les autres, une prévention ciblée a été effectuée au moins une fois lors de leur(s) hospitalisation(s) pour métrorragies, à des doses de 200 ug pour huit femmes, 100 ug pour une (en 2005) et non précisées pour deux.

La prévention systématique entre 27-29 SA a été effectuée pour trois femmes. Pour les dix autres: deux ont accouché avant ce terme, quatre cas étaient en 2005 où cette prévention n'était pas encore mise en place, et deux femmes avaient déjà reçu une dose avant ce terme. Pour les deux autres il n'y a pas de précision particulière.

3.3.3.5. Transfusions pendant la grossesse

Quatre femmes soit **5%** ont été transfusées pendant la grossesse. Elles ont reçu respectivement 1, 2, 4, et 5 culots globulaires. Aucune n'a reçu de plasma frais congelé.

3.3.4. Toucher vaginal aux urgences

A Port Royal, en cas de consultation aux urgences pour métrorragies, un toucher vaginal a été effectué chez 12 patientes avec un **placenta praevia recouvrant** (sur 89 au total dans cette situation), soit **1 sur 10**. Il a été fait 12 fois un toucher vaginal chez des femmes avec un placenta non recouvrant et sans contractions utérines. Au total il a été fait 37 fois un toucher vaginal en cas de placenta recouvrant et/ou en l'absence de contractions. Aucune de ces femmes n'a eu de saignements immédiatement abondants suite à cet examen.

3.3.5. Pathologies associées

Les pathologies associées retrouvées parmi les patientes étaient les suivantes:

Maternelles		Foetales	
aucune	3 (39%) 1	Aucune	56 (71%) %
MAP	2 (37%) 9	Chorioamniotite	11 (14%) %
RPM	2 (30%) 4	Oligoamnios	9 (11%)
diabète	7 (9%)	Hydramnios	2 (3%)
HRP, décollement placentaire	3 (4%)	RCIU	2 (3%)
Pré-éclampsie	0 (0%)		

Tableau 9. Pathologies associées

- Ruptures Préaturées des membranes (RPM) : sur les 24 femmes, 21 (87,5%) ont rompu avant 37 SA, et parmi elles 9 femmes (43%) ont accouché prématurément. La RPM et la MAP étaient donc associées pour 9 soit 11,4% des patientes de notre étude.
- Oligoamnios: sur les 9 cas relevés, 3 étaient certains car à membranes intactes.
- Chorioamniotites: sur les 11 cas, 3 cas étaient à membranes intactes. Dans 2 de ces 3 cas, les patientes étaient hospitalisées pour métrorragies et ont reçu une antibiothérapie.
- HRP, décollement placentaire: Dans les 3 cas il n'y avait pas d'hypertension associée.

Nous avons aussi retrouvé : une procidence du cordon à 28SA+5j (après RPM à 24SA+2j), une hémorragie foeto-maternelle à 28SA+1j, et un cas de vasa preavia (non rompu).

3.4. Issue de la grossesse

3.4.1. Placenta à l'accouchement 45 soit **57%** des femmes de notre étude avaient un placenta **recouvrant** contre 34 soit 43% non recouvrant, lors de leur dernière échographie. L'écart moyen entre celle-ci et l'accouchement était de 7,4 jours (intervalle de 0 à 29 j).

3.4.2. Accouchement et post-partum

Terme d'accouchement moyen (SA)		34,5	
Présentation	céphalique	59	75%
	siège	11	14%
	autre	9	11%
Mode d'entrée en travail	spontané	13	16%
	déclenchement	5	6%
	césarienne avant travail	61	77%
Voie d'accouchement			
CESARIENNE		TOTAL	
circonstances:	programmée	64	81%
	en urgence avant travail	14	22%
	en urgence pendant travail	47	73%
en urgence pour métrorragies		3	5%
		34	43%
	avant travail	33	97%
	pendant travail	1	1%
	avant 37 SA	28	82%
indications:	placenta praevia	39	49%
	pour métrorragies (recouvrant ou non)	28	72%
	pour recouvrant (sans métrorragies)	11	28%
	utérus multicatriciel	13	16%
	autres	12	15%
VOIE BASSE		TOTAL	
		15	19%
anesthésie	aucune	0	0%
	locale	34	43%
	générale	47	59%
Délivrance	DA en cas de voie basse	2	13%
	RU en cas de voie basse	14	93%
	Accreta (comprend percreta et increta)	14	18%
Complications post-partum			
Hémorragiques	HPP	32	41%
	dont HPP avec accreta	13	41%
	coagulopathie	5	6%
	choc	4	5%
	Hb (g/dL): taux le plus bas en post-partum	9,1	±1,5
Infectieuses	Hb<9 g/dL	38	48%
		13	16%
	Thrombo-emboliques	1	1,3%
	Décès maternel	0	0%
	Traitements post partum		
	Venofer	11	14%
	transfusion	20	25%
	si transfusion: nombre moyen de CG	4,5	
	si transfusion: nombre moyen de PFC	4,2	
	Nalador	27	34%
	embolisation	8	10%
	ligature des artères hypogastriques	2	3%
	hystérectomie	8	10%
	d'hémostase	6	75%
	pour infection sur accreta conservé	2	25%
Durée d'hospitalisation post-partum (j)		8	
Femmes transférées en réa	nombre	13	16%
	durée (j)	2,2	

Tableau 10. Accouchement et post-partum

3.4.2.1. Epreuve du travail en cas de placenta non recouvrant

Toutes les femmes ayant un placenta recouvrant ont eu une césarienne avant travail.

Parmi les 34 femmes avec un placenta non recouvrant: **18 femmes (53%) sont entrées en travail**, qu'il soit spontané ou déclenché. Pour les 16 autres femmes, l'épreuve du travail n'a pas été tentée: sept d'entre elles ont eu une césarienne en urgence avant travail pour métrorragies, les autres ont été césarisées pour des raisons indépendantes du placenta praevia. **Aucune des 18 femmes n'a eu de complication hémorragique** (choc, coagulopathie) ni de transfusion pendant le travail. Une seule sur les 18 a été transfusée en post-partum, mais suite à une HPP après avoir accouché voie basse. Ceci étant, 12 des 18 femmes ont saigné en début de travail. Parmi elles, **une seule femme a dû être césarisée en urgence pour métrorragies** pendant le travail associées à des anomalies du RCF, après déclenchement par Propess®. Avec deux autres femmes césarisées pour anomalies du RCF et échec de déclenchement, **15 femmes sur les 18 (83%) ont finalement accouché par voie basse**.

3.4.2.2. Amniotomie précoce

Douze femmes présentaient des métrorragies en début de travail. Sept femmes avaient déjà rompu spontanément les membranes, et sur les cinq femmes restantes, pour une seule **il n'a pas été fait d'amniotomie précoce malgré les métrorragies alors que les membranes n'étaient pas rompues**, avec une poche des eaux bombante et un col dilaté à 3 cm. Elle a été effectuée plus tard car des métrorragies « d'abondance moyenne » persistaient; il n'y a pas eu de complication par la suite.

3.4.2.3. Déclenchements Les 5 cas retrouvés étaient les suivants:

Terme	Indication	Technique	Issue
39SA+3j	Placenta bas-inséré et col favorable	Ocytocine + amniotomie	AVB (sans complication hémorragique pendant le travail)
36SA+2j	↑ CRP à 24h de rupture des membranes	2 gels → ocytocine(6h)	Césarienne pour échec déclenchement
39SA+1j	Rupture des membranes de plus de 5 jours	Propess → ocytocine(2h)	Césarienne pour métrorragies et anomalies du RCF
39SA+3j	↑ CRP à 36h de rupture des membranes	Gel → ocytocine	AVB (sans complication hémorragique pendant le travail)
24SA+4j	Abandon foetal avec MAP, RPM	Ocytocine	AVB (siège)

Tableau 11. Indication, technique et issue des déclenchements (AVB: accouchement voie basse)

3.4.2.4. Accouchements voie basse avec présentation du siège

Les deux femmes concernées étaient à 24 SA+4j et 28SA+5j, déclenchée pour la première (cf tableau 11). Aucune n'a eu de complication hémorragique ni de transfusion.

3.4.2.5. Césariennes

- Le taux était de **81%** au total. En cas de placenta **non recouvrant**, il était de **56%** (19 femmes), dont 8/19 soit 42% des cas pour métrorragies, dont 7/8 fois avant travail et 5/8 fois avant 37 SA.
- 39 femmes (soit **49%** du total et 60% des femmes césarisées) ont eu une « **césarienne pour placenta praevia** », qui a donc été à lui seul l'indication de **60% des césariennes**, dans 72% des cas pour métrorragies contre 28% pour placenta recouvrant. Pour rappel, l'indication «pour placenta praevia », comprend toutes les situations où en l'absence de placenta praevia et/ou de métrorragies liées au placenta praevia il n'y aurait pas eu de césarienne: les césariennes pour métrorragies uniquement ou pour placenta recouvrant uniquement.
- **La moitié des femmes césarisées** (34 sur 64), soit **43% des femmes de notre étude**, l'ont été **en urgence pour métrorragies**, dont 97% des cas avant travail et dont **82% des cas avant 37 SA**. Parmi les femmes césarisées en urgence pour métrorragies, la part des femmes ayant un **placenta recouvrant** à ce moment était significativement plus importante que celle des femmes ayant placenta non recouvrant (26 vs 8, $p<0,01$). Précisons que six de ces 34 femmes n'ont pas été incluses dans les «césariennes pour placenta praevia » car elles auraient eu de toute façon une césarienne pour un autre motif (comme un utérus multicatriciel pour cinq d'entre elles).
- **Concernant l'anesthésie lors des césariennes**: six femmes ont eu une rachi-anesthésie lors d'une césarienne en urgence pour métrorragies, aucune n'a fait de choc. En dehors de ce contexte, parmi les femmes ayant un utérus cicatriciel associé à un placenta antérieur, une seule a une rachi-anesthésie (par la suite elle n'a pas non plus saigné).

3.4.2.6. Hémorragies du post-partum (HPP)

32 femmes soit **41%** ont fait une HPP, dont quatre compliquées d'un choc, quatre d'une coagulopathie, et trois des deux associés.

Cinq femmes sur les 15 ayant accouché par voie basse ont fait une HPP.

59% des femmes ayant eu une HPP n'avait pas de placenta accreta. Le taux parmi les femmes qui n'avaient **pas d'accrета** était de 16/65 soit **29%** vs 13/14 soit **93% en cas d'accrета**.

3.4.2.7. Transfusions en post-partum

En cas de transfusion de culots globulaires (CG) (20 cas, soit **¼ des femmes**), le nombre moyen de CG reçus était de **4,5**. Parmi elles, quatre femmes ont aussi reçu des plasmas frais congelés (PFC), au nombre moyen de 4,2. Le nombre de culots allait de 1 à 20, six femmes (30%) ayant reçu plus de quatre CG (6,6,8,10,18,20 culots respectivement).

3.4.2.8. Hystérectomies

Huit femmes soit **10%** ont eu une hystérectomie. Six femmes (7,5%) ont eu une hystérectomie d'hémostase: cinq le jour de l'accouchement pour HPP (toutes avec accreta), et une à 5 mois pour persistance de métrorragies (après conservation du placenta accreta). Pour deux femmes ce fut suite à une infection après accreta laissé en place.

3.4.2.9. Cas de placentas accreta

14 soit **18%** des femmes ont eu un placenta accreta. Toutes se trouvaient dans le groupe «complications graves». Pour dix femmes le diagnostic a été fait en anténatal avec confirmation de suspicion par IRM. Parmi les quatre autres femmes, trois avaient un utérus cicatriciel (2 uni- et 1 bicicatriciel) avec un placenta antérieur et n'ont pas eu d'IRM en raison d'« absence d'argument échographique en faveur d'un accreta ». Le protocole de conduite à tenir en anténatal en cas de risque d'accreta a été respecté pour les 14 femmes.

Cinq hystérectomies d'hémostase ont été faites le jour de la césarienne, une directement, les autres secondairement après mise en route de Nalador et/ou après ligature des artères hypogastriques (un cas) et/ou embolisation (un cas).

Un traitement conservateur a été tenté pour neuf femmes:

- pour six d'entre elles avec succès, avec trois femmes transfusées en post partum (2 à 4 culots)
- trois femmes ont finalement eu une hystérectomie, pour deux en raison d'infection (à 7 et 15 jours en postpartum), et pour une en raison de métrorragies persistantes à cinq mois.

Au total en cas d'accreta **8 sur 14 femmes ont eu une hystérectomie.**

3.4.3. Résultats périnataux

Les principaux résultats sont présentés dans le tableau suivant:

Nouveaux-nés vivants		78	99%
MFIU		1	1,3%
Sexe	filles	30	38%
	garçon	49	62%
Poids	moyen (g)	2383	894
	< 2500g	38	48%
	trophicité eutrophes	72	92%
	hypotrophes	1	1%
	macrosomes	5	6%
pH < 7,20 à la naissance		10	13%
Apgar < 7 à 5 min		15	19%
Etat de mort apparente à 3 min		5	6,41%
Après de sa mère		25	32%
Transfert à l'UME		6	8%
Transfert en réanimation		47	60%
Décès		2	3%
Complications	respiratoires	47	60%
	anémie	20	26%
	infectieuses	17	22%
	neurologiques	12	15%
	métaboliques	40	51%
	cardiovasculaires	15	19%
	deshydratation	11	14%
	digestives	13	17%
	autre	10	13%

Tableau 12. Résultats périnataux

- Terme: Pour rappel, le terme d'accouchement moyen était de **34,5 SA**.

52 (**66%**) **des enfants sont nés avant 37 SA**, 21 (27%) avant 32 SA et 8 (10%) avant 28 SA.

La prématurité était induite pour 46 enfants (88%), dont 28 d'entre eux (60%) en raison d'une césarienne en urgence pour métrorragies.

- Transferts: 91% des enfants transférés en réanimation étaient prématurés.

● Complications: La majorité des complications concernaient les enfants prématurés. En particulier, 82% des prématurés ont fait une détresse respiratoire, contre 19% des enfants à terme, et pour ces derniers tous après une césarienne.

- Mort Foetale In-Utéro (MFIU) et décès: Nous avons relevé:

- une MFIU à 34 SA+4j après abandon foetal pour rythme cardiaque foetal très pathologique dans un contexte de métrorragies assez abondantes, avec RPM et MAP

- un décès à J60 suite à une entérocolite ulcéro-nécrosante perforée et choc septique (le terme de naissance était 27SA+5j).

- un décès à J3 par Coagulation Intra Vasculaire Disséminée (CIVD) sur acidose et hémorragie généralisée (le terme était de 28SA+2j).

3.5. Etude du groupe des « complications graves »

Le groupe « complications graves » comptait **41 dossiers**.

3.5.1. Types de complications graves survenues

Les complications graves (précédemment définies dans le tableau 1) retrouvées dans notre sous-groupe étaient les suivantes:

Maternelles	Spoliation sanguine pendant la grossesse	5 (12) %
	Accouchement dans un contexte hémorragique	15 (37) %
	HPP	30 (73) %
	Sans accreta	17 (41) %
	Avec accreta	13 (32) %
	Autre	1 (3%)
Périnatales	MIU	1 (2%)
	Décès néonatal	2 (5%)
	Transfert en réanimation après 37 SA	4 (10) %

Tableau 13. Répartition des complications graves dans le groupe « complications graves »

Les deux principales complications graves retrouvées étaient l'HPP, et l'« accouchement dans un contexte hémorragique » (ayant été précédé de métrorragies abondantes et/ou persistantes, associé à une transfusion, par définition). Dans 1/3 des cas au moins deux d'entre elles étaient associées (le plus souvent «accouchement dans un contexte hémorragique» avec « HPP »).

D'autre part, une patiente a été incluse pour avoir eu du Nalador® et une embolisation préventive dans le cadre d'une conservation d'accrета, puis une hystérectomie pour infection, mais elle n'a en fait eu aucune complication hémorragique immédiate ou secondaire.

3.5.2. Etude de la prise en charge dans le groupe « complications graves »

3.5.2.1. Précisions sur la méthodologie utilisée pour analyser l'existence de liens entre la prise en charge et la survenue de complications graves

- Items étudiés: Pour chaque patiente, nous avons relevé les items du protocole non respectés en fonction de leur situation, lors de leur dernière hospitalisation pour métrorragies.

Concernant le protocole, nous avons éliminé de l'étude l'item « *pose d'un spéculum aux urgences* » faute de renseignements dans les dossiers. Pour la même raison, le critère «*échographie endovaginale aux urgences* » a été considéré respecté si au moins une échographie, même abdominale, a été effectuée pour vérifier l'insertion placentaire.

Les items « *déclenchement sur placenta praevia* » et « *accouchement voie basse avec présentation du siège et placenta praevia* » ne font pas explicitement partie du protocole de Port Royal mais ont été rajoutés dans notre analyse en raison de leur importance éventuelle sur les situations.

De même, nous avons relevé les cas où il n'y a pas eu de césarienne d'emblée en cas de métrorragies « abondantes » avant 36 SA, même si le protocole de Port Royal mentionne avant 36 SA: « *césarienne si les métrorragies abondantes persistent malgré la tocolyse* ».

- Etude du lien entre les complications graves et les items non respectés: L'analyse de l'existence de liens éventuels en fonction de chaque situation est synthétisée dans l'annexe IV, et justifié dans le tableau de l'annexe V. Au final, nous n'avons gardé et retranscrit ci-dessous que les situations où il existait un doute sur la prise en charge effectuée.

3.5.2.2. Résultats: complications graves étant potentiellement liées à la prise en charge

Nous avons finalement trouvé que pour **13 soit un tiers des 41 femmes**, il existait potentiellement un lien entre la prise en charge effectuée et la survenue ou l'aggravation de complication grave maternelle et/ou périnatale.

Les complications graves semblant avoir dépendu de la prise en charge étaient:

- l'« **accouchement dans un contexte hémorragique** » (cas de 10 femmes), qui se confondait dans quatre cas avec la complication « *spoliation sanguine pendant la grossesse* ».
- et l'« **HPP avec accreta** » (cas de 3 femmes).

- « **Accouchement dans un contexte hémorragique** »

Pour rappel, l'« accouchement dans un contexte hémorragique » avait été défini comme ayant été précédé de métrorragies abondantes et/ou persistantes, en association avec une transfusion pendant l'épisode hémorragique en cours ou en post-partum.

Nous avons trouvé que les **2/3 des cas** (10/15) ont potentiellement été causés ou aggravés en

partie par une prise en charge peut-être inadaptée, correspondant aux items suivants: « *pas de césarienne rapidement si métrorragies persistantes ou abondantes* », et « *décision inadaptée concernant la tocolyse* » associé 7 fois sur 10 au précédent item.

△ Concernant les femmes ayant eu des métrorragies « persistantes » sous tocolyse IV.

Trois femmes (23,32,37, cf annexe IV) ont été césarisées dans un contexte de métrorragies persistantes. Toutes étaient à moins de 36 SA.

Nous avons retrouvé:

- △ Une patiente (23) césarisée à 32SA+3j pour un **sixième épisode de métrorragies en l'espace de deux semaines**, après cinq cures de tocolyse IV, et une chute **d'hémoglobine de 9,7 à 8,4 g/dl** dès la fin de la première semaine. Elle a reçu deux culots globulaires en post-partum, mais a aussi fait une **HPP**.
- △ Une patiente (32) a été césarisée à 25SA+2j dans un contexte de métrorragies faibles mais **continues toute la journée sous tocolyse IV**. Elle avait également un volumineux hématome placentaire depuis 23SA+6j ayant déjà nécessité la transfusion de trois culots. Elle a reçu deux culots en post-partum (sans HPP).
- △ Une patiente (37) a été césarisée à 27SA+5j pour anomalies du RCF et chorioamniotite dans un contexte de RPM depuis 11 jours, associé à des **métrorragies persistantes après 12h de tocolyse IV**. La veille, un épisode assez important de métrorragies avait déjà provoqué une chute d'hémoglobine de **9,6 à 8,8 g/dl**. Elle a reçu deux culots en post-partum (sans HPP).

△ Concernant les métrorragies « persistantes » pendant le travail

Une patiente(12) a eu des «s aignements persistants » pendant le travail au moins jusqu'à 7 cm de dilatation du col. Elle accouché par voie basse, et a été transfusée en post-partum de 3 culots et 2 PFC suite à une HPP associée à une CIVD. Elle a également reçu une cure de Venofer suite à une hémoglobinémie à 6,8 g/dl.

△ Concernant les femmes ayant eu des métrorragies « abondantes »:

Six patientes(9,10,29,34,36,39) ayant eu un épisode de métrorragies classées « abondantes », ont eu une césarienne en urgence pour métrorragies dans un **délai de 1h10 à 8h15min** (en moyenne 3h24). Le terme était pour toutes inférieur à 36 SA (de 27 SA+1j à 35SA+4j). **Pour quatre d'entre elles, une tocolyse IV avait été débutée ou poursuivie**, et deux de ces quatre patientes ont du être transfusées avant l'accouchement (de un et quatre culots).

Au total, les six femmes ont été transfusées: quatre en post-partum, une avant la césarienne, et une femme avant et après la césarienne. **Trois patientes sur les six n'ont pourtant pas fait d'HPP.** (9,10,39)

Au final, malgré la tentative d'un traitement conservateur, les six patientes ont quand même finalement été césarisées en urgence dans les heures suivantes pour métrorragies abondantes.

- **HPP avec accreta**

Pour trois femmes (sur les 13 ayant eu une HPP avec accreta), **en cas de saignements « abondants » voire « très abondants », il n'a pas été fait d'hystérectomie d'hémostase d'emblée.** Elles ont du recevoir respectivement: 6 culots; 10 culots et 10 PFC; 8 culots et 2 PFC. Seule cette dernière patiente avait été césarisée en urgence pour métrorragies, les autres césariennes étaient programmées.

4. DISCUSSION

4.1. Caractéristiques de la population étudiée

4.1.1. Age et antécédents

- Age Nous retrouvons un âge moyen de **33,7** ans, contre environ 31 ans pour les autres auteurs, que les femmes aient saigné ou non pendant la grossesse [13,14,32,34]. Cette différence peut être expliquée par une tendance générale à des grossesses de plus en plus tardives [30], et des patientes de la maternité Port Royal globalement plus âgées du fait du recrutement accru de patientes à grossesses pathologiques et tardives.
- Parité Dans notre étude, la parité moyenne était de **1,2** avant la grossesse étudiée. Lam *et al.* retrouvent une parité moyenne similaire en cas de praevia hémorragique pendant la grossesse [32]. Pour nous, **33%** des femmes étaient nullipares, et **19%** avaient déjà eu au moins trois enfants. Ces résultats sont dans la fourchette de ceux retrouvés dans la littérature [11,12,14,19,38]. En particulier, Tuzovic en retrouve respectivement 27% et 16,3% (avec 90% des femmes de son étude ayant saigné pendant la grossesse) [12].
- Antécédents de gestes utérins Dans notre étude, **1/3** des femmes avait déjà eu au moins une césarienne. Certains auteurs en retrouvent plus, comme Dola *et al.* avec 39% [13] ou même Bahar *et al.* avec 54% [34]. Tuzovic et Lam *et al.* en retrouvent 10 à 12% [12,32]. Globalement, dans toutes ces études, environ **la moitié** des femmes ont eu au moins un geste utérin. Ceci est en accord avec nos résultats, et avec le fait que tout processus altérant la muqueuse utérine favorise la survenue de placenta praevia [5].

4.1.2. Métrorragies pendant la grossesse

Nous avons retrouvé un **nombre moyen d'épisodes** par femme de **3,2**. Dola *et al.* en retrouvent un nombre inférieur (2,3), mais d'une part seulement 78% des patientes de leur étude ont saigné pendant leur grossesse, et d'autre part leur définition d'un épisode est plus restrictive que la nôtre (un épisode étant défini dans leur étude comme requérant une hospitalisation ou une surveillance en salle de naissance si la patiente est déjà hospitalisée) [13].

Concernant le **terme du premier épisode**: dans notre étude comme dans la littérature [1], le premier épisode survient en moyenne au début du troisième trimestre. Cependant les femmes de notre étude ont commencé à saigner en moyenne à **28,9 SA**, soit un peu plus tôt comparativement aux études de Tuzovic (31 à 34 SA) [12] et de Dola *et al.* (30,8 SA) [13]; dans le premier cas nous pouvons expliquer cela par le pourcentage de placenta recouvrants plus élevé dans notre étude que dans celle de Tuzovic (57% vs 33%), ceux-ci ayant tendance à saigner plus tôt [12,13]; mais cette explication n'est pas valable concernant l'étude de Dola *et al.* En tout cas, dans notre étude, **57%** des femmes ont commencé à saigner avant 30 SA et **94%** avant 37 SA, ce que l'on retrouve dans la littérature avec des chiffres respectivement d'environ 50% avant 30 SA et d'au moins 80% avant 37 SA [12,13,32].

4.2. Pronostic maternel et périnatal en cas d'hospitalisation pour placenta praevia hémorragique à partir de 24 SA (concernant l'hypothèse 1)

4.2.1. Pronostic maternel

4.2.1.1. Transfusions anténatales

Dans notre étude, **5%** des femmes ont été transfusées pendant leur grossesse. Lam *et al.* et Dola *et al.* retrouvent des chiffres similaires (3,8 à 7,4%) [13,32], Bahar *et al.* en retrouvent 16% malgré seulement 77% des patientes ayant saigné pendant leur grossesse [34]. Toutefois notre étude n'incluait pas les femmes ayant saigné uniquement avant 24 SA (et ayant peut-être été transfusées) contrairement aux études précédemment citées.

4.2.1.2. Autres pathologies associées à la grossesse

Les principales autres pathologies retrouvées parmi les femmes de notre étude étaient la **MAP (37%)** et la **RPM (30%)**, ces deux complications étant associées pour 11,4% des femmes. Dans la littérature, la RPM concerne 11 à 18 % des femmes ayant un placenta praevia (hémorragique ou non) [1], contre 8,2% dans la population générale [30]. De plus notre chiffre est peut-être sous-estimé car le diagnostic est difficile en cas de métrorragies, les tests classiques étant faussés par la présence de sang [2]. Nos résultats sont donc en accord avec la littérature qui affirme que ces deux pathologies sont favorisées par l'insertion basse du placenta [2,5].

4.2.1.3. Epreuve du travail

L'épreuve du travail, quand elle a été tentée, a abouti dans **83%** des cas à un **accouchement voie basse**. Dans la littérature, en cas de placenta non recouvrant ce taux se situe entre 63 et 100 % quand la distance entre le bord placentaire et l'orifice interne du col, mesurée après 35 SA, est supérieure à deux centimètres [9]. Cependant dans notre étude nous n'avons pas relevé cette distance.

Dans notre étude, les **2/3 des femmes ont saigné en début de travail**, ce qui confirme les données de la littérature d'après laquelle la majorité des femmes seraient concernées par le risque hémorragique pendant le travail [1]. Malgré tout dans la majorité des cas, ces saignements ont pu être contrôlés puisqu' **aucune n'a eu de choc, de coagulopathie ou de transfusion pendant le travail**, et **une seule femme a eu une césarienne en urgence pour métrorragies**, suite à un déclenchement. Une seule femme a été transfusée en post-partum, mais elle avait aussi fait une HPP, suite à un accouchement voie basse.

Globalement, l'épreuve du travail a donc plutôt été une réussite, en rapport avec les conditions dans lesquelles elle a été tentée, avec dans 72% des cas un travail spontané, 88% de membranes rompues précocement et 89% de présentations céphaliques (100% à terme).

4.2.1.4. Voie d'accouchement

- Notre taux global de césariennes était de **81%**, et de **56%** en cas de placenta **non recouvrant** (dont 42% des cas pour métrorragies, dont 7 fois sur 8 avant travail). Love et Wallace retrouvent un taux global de césariennes plus élevé (95%) mais leur étude comporte un pourcentage un peu plus important de placentas recouvrants (62% vs 57%) [31]. Au contraire, Lam *et al.* retrouvent 98,7% de césariennes, avec pourtant moins de recouvrants (46%) [32]; cette différence peut s'expliquer par le fait que dans leur étude, plus de femmes ont eu une césarienne en urgence pour métrorragies que dans la notre (78,6% vs 43%).

- En effet dans notre étude le risque de **césarienne en urgence pour métrorragies** concernait **43% des femmes**, et survenait essentiellement (97%) avant travail, et **dans 82% des cas avant 37 SA**. Love et Wallace et Dola *et al.* retrouvent des chiffres similaires, avec respectivement 48% de femmes césarisées en urgence pour métrorragies [31], et 43,5% de femmes césarisées en urgence pour métrorragies avant 37 SA [13], cette dernière étude comptant seulement 78% de femmes ayant saigné en antépartum.

Dans notre étude, les femmes césarisées en urgence pour métrorragies étaient significativement plus nombreuses à avoir un **placenta recouvrant à ce moment** ($p < 0,01$). Cependant nous ne pouvons pas vraiment exploiter cette dernière information puisque les

césariennes ont toutes été faites à des termes différents.

- **49% des femmes**, ou 60% des femmes césarisées, ont eu une césarienne « **pour placenta praevia** », qui a donc été à lui seul l'indication de **60% des césariennes**, et dans la majorité des cas (72%) pour métrorragies. Il n'y a pas de chiffres précis à ce sujet dans la littérature.

4.2.1.5. Délivrance et postpartum

41% des femmes ont eu une **hémorragie à la délivrance**, avec un taux supérieur en cas d'accrета (93% vs 29%). 4% des patientes ont eu une coagulopathie et 6% un choc hémorragique, toutes suite à une HPP. 34% des femmes ont reçu du Nalador, 10% ont été embolisées et 3% ont eu une ligature des artères hypogastriques. **10%** des femmes ont eu une **hystérectomie**, toutes suite à un placenta accrета, **d'hémostase pour la majorité** (6 sur 8 femmes soit 8% des femmes). Au total dans notre étude 14 femmes soit **18%** avaient un placenta praevia **accrета**. Le traitement conservateur, quand il a été tenté, a permis à 6 sur 9 femmes de conserver leur utérus même si trois d'entre elles ont dues êtres transfusées (de 2 à 4 culots). Au total **en cas d'accrета plus de la moitié des femmes (8/14) ont eu une hystérectomie**.

Dans la littérature, les taux d'HPP sont inférieurs, variant respectivement de 1,3 à 25% [4,12,16,35,38]. Cette différence peut s'expliquer par les taux inférieurs de placenta accrета retrouvés dans plusieurs de ces études [4,12,16]. Les taux d'hystérectomies varient de 0,03% à 15,4% [4,12,13,32,34,38]; Bahar *et al.* retrouvent des résultats similaires aux nôtres avec 13% d'hystérectomies pour un taux de 17% de placenta praevia accrета [34].

¼ des femmes de notre étude ont été transfusées en post-partum (de 4,5 culots globulaires en moyenne). Pour Olive *et al.* et Crane *et al.*, ce taux est respectivement de 12 et 14,5 % mais leurs taux d'HPP sont inférieurs au nôtre [4,38]. La moitié des femmes de notre étude **(48%) étaient très anémiées avec un taux inférieur à 9g/dL**. D'autres études rapportent des taux de 32 à 52% mais les définitions de l'anémie varient. Notre taux moyen d'hémoglobine en post-partum était de **9,1g/dL** ce qui est comparable à celui retrouvé par Tuzovic (9,5g/dL), mais son étude comportait moins d'HPP (16,4%) et moins de femmes ayant saigné pendant la grossesse (90%) [12].

Les patientes sont restées hospitalisées **8 jours** en moyenne, **16%** ont dues être transférées en service de **réanimation**, ce qui est supérieur aux chiffres des autres études mais celles-ci rapportaient moins de complications du post-partum [32,38].

4.2.1.6. Mortalité maternelle

Notre étude ne rapporte **aucun décès**. En effet de nos jours la mortalité maternelle liée au placenta praevia est faible [3,4,32,38], qu'il y ait des complications hémorragiques ou non.

4.2.2. Pronostic périnatal

4.2.2.1. Morbidité

Nous avons retrouvé **66% d'enfants prématurés**, cette prématurité était induite sans 88% des cas. Le **terme moyen** d'accouchement était de **34,5 SA**. Dans les études de la littérature comportant au moins 77% de femmes ayant saigné en antépartum, le terme moyen est supérieur au nôtre (environ 36 SA) et il y a moins de prématurité (de 41 à 54%) [12,13,31,32]; Cependant comme nous l'avons vu précédemment, les femmes de notre étude ont commencé à saigner plus tôt et ont eu plus de récurrences, or le risque de prématurité augmente en cas de récurrences et avec la précocité du premier épisode [1,31,42].

Notre faible terme de naissance explique à la fois le faible poids de naissance de **2383 g** avec 48% de moins de 2500g, puisque 92% d'enfants était eutrophes, et les nombreux (**60%**) **transferts en réanimation** dont la majorité des cas (91%) étaient avant 37 SA. Dans notre étude, **13%** des enfants vivants à la naissance avait un pH <7,20 et **19%** un Apgar <7 à 5 minutes de vie. Globalement, tous ces chiffres sont meilleurs dans la littérature mais le terme de naissance était supérieur [11,12,19,31,32,40].

Notre taux élevé de prématurité explique également les nombreuses complications classiques liées à la prématurité que nous retrouvons dans notre étude (respiratoires, métaboliques, hématologiques, infectieuses...), la principale étant les détresses respiratoires (54% avant 37 SA, contre 6% à terme).

4.2.2.2. Mortalité

Dans notre étude, la mortalité périnatale était de **2,5%** et la mortalité néonatale de **1,3%**, contre des chiffres de l'ordre de 4 à 8% dans la littérature [3], avec des variations importantes de 0,4 à 19 % selon les études [11,12,16,34,38,40].

Le taux de mortalité périnatale dans notre étude est inférieur au taux de mortalité périnatale global à Port Royal, qui était de 2,8% en 2008 (incluant les IMG).

4.2.3. Réponse à l'hypothèse 1

« Pour beaucoup de femmes ayant été hospitalisées pour placenta praevia hémorragique, le pronostic maternel et périnatal est sombre, avec de nombreuses complications graves ».

► VALIDEE: Les taux de morbidité maternelle et périnatale sont élevés

D'après notre étude, nous retrouvons, pour les femmes ayant été hospitalisées au moins une fois après 24 SA à Port Royal pour métrorragies liées à l'insertion basse du placenta:

- 5% de femmes transfusées en antépartum
- 37% de femmes ayant fait une MAP, 30% une RPM (associées dans 11,4% des cas)
- un **risque d'accoucher par césarienne de 56% en cas de placenta non recouvrant**, dont 42% des cas en urgence pour métrorragies (dont 7/8 fois avant travail et 5/8 avant 37 SA).
- **quelque soit le type de placenta praevia: un risque d'accoucher par césarienne en urgence pour métrorragies de 43%, dans la majorité des cas avant travail (97%) et avant 37 SA (82%).**
- **41% d'HPP**, avec un taux supérieur en cas d'accrета associé: 93%, vs 29% sans accrета. **10% des femmes ont eu une hystérectomie. ¼ des femmes ont été transfusées en post-partum**, et au total **48%** de femmes très anémiées en suites de couches avec un **taux d'hémoglobine inférieur à 9g /dl.**
- Un terme d'accouchement de **34,5 SA**, représentant **66% d'enfants prématurés**, dont 54% ont eu une détresse respiratoire à la naissance. **60% d'enfants ont du être transférés en réanimation** néonatale dont 91% avant terme.
- D'autre part, notre groupe « complications graves » comptait plus de la moitié de nos dossiers, les principales retrouvées étant l'HPP et l'accouchement dans un contexte de métrorragies abondantes ou persistantes, associé à au recours à une transfusion.

Rappelons que **49% des patientes de cette étude avaient été transférées à Port Royal** suite à des métrorragies et que 51% étaient suivies à Port Royal depuis le début de leur grossesse.

4.3. Point sur la prise en charge des patientes à Port Royal (concernant les hypothèses 2 et 3)

4.3.1. Métrorragies et hospitalisations

Parmi nos patientes, plus d'un tiers (37%) ont été hospitalisées au moins trois fois pour métrorragies. Nous pouvons donc nous questionner à posteriori sur l'intérêt de garder ces femmes hospitalisées plus longtemps, voire jusqu'à l'accouchement. Pour la [SOGC \(Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada\)](#) et la [HAS](#), le retour à domicile est possible sous réserve que l'hémorragie ait totalement cessé, de ne pas être seule, que le terme de la grossesse ne soit pas trop avancé, et de pouvoir retourner rapidement à l'hôpital dès l'apparition de métrorragies [9,39].

Pour le RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists), les femmes avec un placenta recouvrant ayant déjà saigné devraient être systématiquement hospitalisées à partir de 34 SA [25]. En effet, même si le type d'insertion placentaire n'est pas prédictif du risque d'hémorragie profuse et subite, de césarienne en urgence et de transfusion [12,31], les femmes ayant saigné pendant la grossesse sont plus à risque d'être césarisées en urgence [31,32,36].

Par ailleurs, nous pouvons également remettre en question les deux cas où des patientes ayant consulté à Port Royal pour métrorragies sur placenta praevia (à 28+4 et 32+4 SA) **n'ont pas été hospitalisées** (cependant une ne le souhaitait pas), vu les risques encourus par ces femmes précédemment évoqués. Le protocole de Port Royal précise que l'hospitalisation est systématique en cas de métrorragies [24].

4.3.2. Traitements

Tocolyse IV pour métrorragies

- Entre 24 et 36 SA, contrairement au protocole de Port Royal, **quatre femmes n'ont pas été tocolysées** mais uniquement mises sous surveillance, sans décision d'un accouchement imminent, malgré des métrorragies qui se sont heureusement stoppées d'elles-mêmes. Dans la littérature, il n'y a pas de recommandations formelles concernant la tocolyse. Quand la situation est stable, une tocolyse « peut être instituée avant 34 SA » d'après la HAS [39], et « apparaît raisonnable chez les patientes présentant des contractions utérines » d'après Oyelese et Smulian [8,46]. Le RCOG mentionne juste que la tocolyse en traitement des métrorragies dues au placenta praevia « peut être utile dans certains cas » [25].

- Après 36 SA, six femmes ont été tocolysées. Cela a permis à deux d'entre elles d'accoucher à terme, par contre une de ces femmes a quand même dû être césarisée en urgence une heure plus tard. Le but de la tocolyse étant de prolonger la grossesse afin d'atteindre une certaine maturité foetale, à partir de 34 pour la HAS celle-ci n'est plus recommandée [39]. D'autres auteurs parlent d'un terme de 32 SA [8]. A Port Royal, la limite est à 36 SA [24]. Le fait d'interrompre la grossesse en cas de métrorragies à partir de ce terme est en faveur d'une minimisation des risques maternels, ce qui aurait peut-être dû être le cas pour la femme finalement césarisée en urgence précédemment évoquée.
- En cas de métrorragies « abondantes » avant 36 SA, six patientes ont été tocolysées mais quatre d'entre elles ont été césarisées en urgence pour métrorragies abondantes persistantes dans les heures suivantes. Cette attitude est conforme au protocole de Port Royal qui dit, avant 36 SA, de faire une « *césarienne si les métrorragies abondantes persistent malgré la tocolyse* » [24], sous-entendant une mise sous tocolyse même si les métrorragies sont abondantes, avant 36 SA. Toute la difficulté est en fait de quantifier de façon objective l'importance de l'hémorragie. En effet, l'attitude recommandée dans la littérature est stricte: dans tous les cas, la césarienne s'impose de principe en cas d'hémorragie sévère, pour sauvetage maternel [1,2,39]. Nous ne pouvons donc pas dans ce cas émettre d'avis objectif quand à la prise en charge effectuée dans ce cas puisqu'il est difficile d'établir un seuil critique objectif de la sévérité de l'hémorragie, sauf quand celle-ci est cataclysmique ou en présence de dégradation de l'état clinique ou d'altération du rythme cardiaque foetal.
- Le tocolytique de première intention n'a pas été un béta-mimétique, conformément aux recommandations de la HAS [39].
- Durée des cures de tocolyse IV: 8% ont duré au moins quatre jours. D'après la HAS, il n'existe pas d'éléments convaincants pour justifier une tocolyse prolongée, cependant il n'est pas rapporté d'effet délétère même lors d'une tocolyse de 16 jours en moyenne en cas de placenta praevia [39].

Autres traitements

- Corticothérapie: le protocole de Port Royal a **pratiquement toujours été appliqué** puisqu'en cas d'hospitalisation pour métrorragies à Port Royal entre 24 et 34 SA, toutes les patientes ont reçu (ou avaient déjà reçu) des corticoïdes, **sauf deux patientes, dont une en raison d'une césarienne en urgence** pour métrorragies abondantes. 22 patientes ont reçu deux cures. D'après la littérature, les données récentes ne permettent pour l'instant pas de recommander une deuxième cure [48].

- Antibiothérapie: en cas de métrorragies abondantes, la majorité des femmes ayant des métrorragies minimales à modérées ont reçu un traitement antibiotique. Concernant la mise sous antibiothérapie en cas de métrorragies abondantes, le protocole **n'a pas été appliqué uniquement dans les situations d'urgence** (césariennes en urgence pour métrorragies) ce qui est tout à fait compréhensible.
- Concernant la prévention de l'allo-immunisation anti-Rhésus D: **nous ne pouvons pas tirer de conclusions sur les pratiques**, en effet les situations étaient trop hétérogènes et auraient demandé à être analysées avec plus de précisions, ce qui n'est pas l'objet principal de notre travail. De plus, notre étude se situe sur la période où les recommandations émises par la HAS à ce sujet venaient d'être mises en place.

4.3.3. Toucher vaginal

Les mesures concernant le toucher vaginal en cas de consultation aux urgences pour métrorragies ne sont pas vraiment respectées puisqu'en particulier, **une femme sur 10 a été examinée en cas de placenta recouvrant**. Rappelons que cet examen est susceptible de provoquer une hémorragie grave (13%) en cas de placenta recouvrant [1,8], même si cela n'a heureusement pas été le cas pour les patientes de notre étude. C'est pourquoi le protocole de Port Royal ne l'autorise « *que si la patiente semble en travail et si le placenta n'est pas recouvrant* » [24].

4.3.4. Accouchement

- Placenta recouvrant Toutes les femmes dans ce cas ont bien eu une césarienne avant travail.
- Déclenchements Le protocole de Port Royal ne parle pas explicitement des déclenchements sur placenta bas-insérés, il mentionne juste « *pas de déclenchement de principe en cas de facteur de risques supplémentaires même si le col est favorable* » [24]. Toutefois nous pouvons noter que sur les cinq déclenchements effectués, celui dont l'issue a été une césarienne en urgence pour métrorragies a été le déclenchement le plus long, débuté par Propess®, alors qu'elle ne saignait pas lors de la pose. En effet, les métrorragies sont augmentées par les contractions qui créent un tiraillement sur le placenta, qui se décolle et saigne alors [1,8]. Nous pouvons donc supposer qu'un déclenchement sur un placenta bas-inséré comporte un certain risque hémorragique.

- Voie basse et siège Le protocole de Port Royal ne précise pas de conduite obstétricale à tenir en cas de présentation du siège et placenta bas-inséré. Cependant, pendant le travail, la présentation du siège s'applique moins bien sur le segment inférieur qu'une présentation céphalique. Or, c'est ce mécanisme qui permet de stopper d'éventuels saignements pendant le travail, par compression. Ainsi, nous pouvons supposer qu'il y a plus d'hémorragies pendant le travail en cas de siège, si le placenta est bas-inséré. Dans notre étude, où les termes étaient inférieurs à 29 SA, il n'y a pas eu de complication pour les deux femmes concernées.

- Amniotomie précoce Nous avons noté **un cas** (sur cinq) où il n'y a **pas été fait d'amniotomie précoce** malgré des métrorragies en début de travail alors que la situation était favorable, mais il est difficile d'en tirer une conclusion sur les pratiques étant donné le faible nombre de cas, toutes les autres femmes ayant déjà rompu. Rappelons que l'amniotomie, prudemment exécutée, est le temps premier et souvent suffisant du traitement des métrorragies pendant le travail [5].

- Révision utérine en cas de voie basse Celle-ci doit être « d'indication large » en cas de placenta praevia [24]. Cette recommandation semble donc avoir été bien respectée (14 sur 15 fois) Cependant, nous ne savons pas l'importance des saignements au moment de la révision utérine, ni donc dans quelle mesure celle-ci a été d'indication "plus large" que d'habitude, surtout au regard du taux important d'HPP dans notre étude (1/3 pour les voies basses), qui par ailleurs montre l'importance de cette mesure.

- Rachi-anesthésie en cas de césarienne **Sept femmes ont eu une rachi-anesthésie en cas de facteurs de risque d'accrета ou en cas de césarienne en urgence pour métrorragies**, ce qui est contraire aux recommandations de la HAS [39]. Cependant aucune n'a eu de choc par ailleurs. Le protocole de Port Royal précise juste que « *de manière générale, l'impossibilité de contrôler l'hémorragie conduit inéluctablement à pratiquer une anesthésie générale* » [24].

- En cas d'accrета Il n'a pas toujours été fait d'IRM chez les femmes ayant un fort risque d'accrета c'est à dire un utérus unicatriciel voire bicatriciel. Or d'après la littérature ce risque est respectivement de 25% et de 40% [9]. C'est pourquoi à Port Royal il est recommandé d'effectuer un IRM « en particulier en cas de placenta praevia antérieur associé à un utérus multicatriciel » [24], afin de pouvoir mieux planifier l'accouchement en cas de forte suspicion.

En cas d'accrета avéré, lorsque des conditions stables le permettaient, le traitement conservateur préconisé a bien été tenté (pour neuf femmes). Cependant, pour trois femmes ayant eu des saignements « abondants » voire « très abondants », il n'a pas été fait d'hystérectomie d'hémostase d'emblée, et toutes ont reçu au moins six culots globulaires. Sur ce point, il est pourtant recommandé à Port Royal, en cas de troubles hémodynamiques, de « *se résoudre rapidement à l'hystérectomie* ». Le RCOG précise juste que « *des mesures supplémentaires telles que la ligature des artères utérines, voire l'hystérectomie, doivent être considérées si besoin* » [25]. Ici encore, concrètement, la limite peut être difficile à établir et il donc complexe de juger objectivement de ces prises en charge.

4.3.5. Réponse à l'hypothèse 2

« Il existe des écarts entre les pratiques professionnelles et l'application du protocole de Port Royal concernant la prise en charge des femmes hospitalisées pour placenta praevia hémorragique ».

► VALIDEE: Bien que relativement peu nombreux, les écarts au protocole existent. En effet les écarts que nous avons relevés dans notre étude ont été:

- L'absence d'hospitalisation en cas de consultation pour métrorragies sur placenta praevia (deux patientes au troisième trimestre)
- **L'absence de tocolyse IV pour métrorragies entre 24 et 36 SA** mais surveillance et expectative uniquement (quatre patientes), ou au contraire, la **mise sous tocolyse IV pour métrorragies après 36 SA** (six patientes)
- Une première cure de corticothérapie faite à après 34 SA (35SA+3j) malgré au moins une hospitalisation pour métrorragies à Port Royal entre 24 et 34 SA sans contexte d'urgence (une patiente)
- **Les mesures concernant le toucher vaginal** en cas de consultation aux urgences pour métrorragies: **une femme sur 10 a été examinée en cas de placenta recouvrant.**
- L'absence d'amniotomie précoce malgré des métrorragies en début de travail alors que la situation locale était favorable pour la réaliser (une patiente)
- Des césarienne sous **rachi-anesthésie en cas de facteurs de risque d'accrета ou en cas de césarienne en urgence pour métrorragies** (sept patientes)
- En cas d'accrета: **pas d'hystérectomie d'hémostase d'emblée en cas de saignements « abondants » voire « très abondants »** (trois patientes)
- Et à noter: les cinq déclenchements, et les deux accouchements voie basse avec siège, même si le protocole de Port Royal n'est pas explicite sur ces sujets

4.3.6. Lien entre les complications graves et les pratiques: étude du groupe « complications graves »

- Les deux principales complications graves retrouvées dans ce groupe étaient **l'HPP**, suivie de **l'accouchement dans un contexte de métrorragies abondantes ou persistantes** (associé à une transfusion pendant l'épisode hémorragique en cours ou en post-partum).
- Nous avons trouvé que **pour 68% des femmes de notre groupe « complications graves », les complications graves maternelles et/ou périnatales n'étaient vraisemblablement pas en rapport avec un défaut de prise en charge**. Cela correspond bien avec le fait que les principales complications que nous avons retrouvées, telles que l'HPP ou l'hémorragie abondante subite, sont souvent imprévisibles et difficilement contrôlables même avec la meilleure prise en charge qui soit.
- Cependant, pour les 13 (32%) autres femmes, nous avons constatés **qu'il existait potentiellement un lien** entre la prise en charge effectuée et la survenue ou l'aggravation de complication grave maternelle et/ou périnatale. Les points sur lesquels il existait un doute sur la prise en charge portait sur les situations suivantes:

En cas de métrorragies abondantes ou persistantes (10 femmes):

- ✧ **Pour cinq femmes, nous ne pouvons pas conclure quelle part a joué la prise en charge** des métrorragies avant l'accouchement dans les complications survenues post-partum, c'est-à-dire la nécessité de transfusion, puisque ces patientes ont aussi fait une HPP.
- ✧ **Pour deux femmes, il y a peut-être eu une durée inutilement longue de métrorragies persistantes sous tocolyse IV, responsable en partie de transfusion sanguine en postpartum**. En effet celles-ci n'ont pas fait d'HPP. Le protocole de Port Royal prescrit de faire une « *césarienne si les métrorragies abondantes persistent malgré la tocolyse* » [24]. Or les métrorragies n'étaient pourtant alors pas qualifiées d'« abondantes ». Ici nous ne pouvons donc pas vraiment dire que le protocole n'a pas été respecté. Nous pouvons par contre attirer l'attention sur la question du délai: combien de temps accepter les métrorragies sous tocolyse IV, quand celles-ci ne sont pas abondantes? La littérature répond en partie à cette question: « *en cas de persistance de métrorragies responsables de déglobulisation maternelle, la césarienne*

est le seul traitement à proposer » [2]. L'EMC mentionne que « l'accouchement sera immédiat en cas d'hémorragies persistantes 10 à 12 heures après l'admission » [1], ce qui était le cas pour ces deux patientes.

- ✧ **Pour trois patientes** (qui n'ont pas eu d'HPP), la part de responsabilité d'un **délai** peut-être trop important (de 1h10 à 8h15, en moyenne 3h24) entre la survenue de métrorragies **abondantes** et la césarienne, **sur la nécessité de transfusion, est probable. Pour ces trois femmes, ce délai est du à la poursuite ou la mise en place d'une tocolyse IV.** Comme nous l'avons dit précédemment, cette attitude est conforme au protocole de Port Royal qui dit, avant 36 SA, de faire une « *césarienne si les métrorragies abondantes persistent malgré la tocolyse* » [24], alors que la HAS semble plus exigeante avec une césarienne de principe « *en cas d'hémorragie sévère* » [39].

- ✧ En cas d'HPP avec accreta

Pour trois femmes (sur les 13 ayant eu une HPP avec accreta), en cas de saignements « abondants » voire « très abondants », il n'a pas été fait d'hystérectomie d'hémostase d'emblée. Elles ont toutes reçu au moins six culots. Sur ce point, il est pourtant recommandé à Port Royal, en cas de troubles hémodynamiques, de « *se résoudre rapidement à l'hystérectomie* » [24]. Le RCOG précise juste que « *des mesures supplémentaires telles que la ligature des artères utérines, voire l'hystérectomie, doivent être considérées si besoin* » [25]. Ici encore concrètement, la limite peut être difficile à établir et il donc complexe de juger objectivement de la qualité de ces prises en charge.

Au final, **dans les situations où il existait potentiellement un lien** entre la prise en charge effectuée et la survenue ou l'aggravation de complications graves maternelles et/ou périnatales, **le protocole de Port Royal a globalement été respecté.**

Malgré tout, en cas de situations hémorragiques, **le délai d'action en cas de métrorragies abondantes, ou persistantes sous tocolyse IV semblent souvent pouvoir avoir joué sur la nécessité de transfusion, sans pour autant finalement gagner en maturité foetale.** Notamment en cas de métrorragies abondantes, il serait peut-être moins néfaste pour la morbidité maternelle de ne pas tenter le traitement conservateur lorsque les métrorragies sont trop abondantes, ce qui éviterait peut-être des transfusions maternelles, tout en n'aggravant finalement pas la prématurité (ce qui est le but du traitement conservateur). Toute la difficulté est donc non seulement de quantifier de façon objective l'importance de l'hémorragie, afin

d'établir un seuil critique au-delà duquel la césarienne s'imposerait à cause de saignements trop abondants ou trop persistants.

En tout cas, la subjectivité de la quantification de l'abondance des métrorragies ne nous permet pas d'émettre d'avis formel quand au lien existant avec la prise en charge décrite dans ces situations.

4.3.7. Réponse à l'hypothèse 3

« Les complications graves maternelles et/ou périnatales sont en partie liées à l'existence d'écart(s) entre les pratiques professionnelles et le protocole ».

► PLUTOT INVALIDEE

- Tout d'abord, nous avons trouvé que pour la majorité (**68%**) des femmes concernées par des complications graves maternelles et/ou périnatales étudiées, il n'y avait **pas de lien** avec la prise en charge effectuée.

- Pour les autres femmes, nous avons trouvé que les complications graves étaient peut-être liées à la prise en charge, mais pas forcément à un non-respect du protocole de Port Royal, globalement respecté sauf peut-être en cas d'accrète. Les attitudes ayant pu jouer en partie sur l'origine et/ou l'aggravation de complications graves étaient les suivantes:

- **une durée inutilement longue de métrorragies persistantes sous tocolyse IV**, responsable en partie de transfusion sanguine en postpartum

- **un délai peut-être trop important** (du à la poursuite ou la mise en place d'une tocolyse IV) entre la survenue de **métrorragies abondantes** et la césarienne, probablement responsable de la nécessité de transfusion

- la tentative d'un **traitement conservateur** en cas d'accrète malgré des **saignements abondants**.

4.4. Forces et limites de notre étude

4.4.1. Limites

Nos résultats sont à considérer avec précaution pour les raisons suivantes:

- Notre travail ayant porté sur une maternité de type III, la validité externe est réduite. De plus la moitié des patientes de cette étude avaient été transférées à Port Royal suite à des métrorragies.
- Le faible effectif de l'étude (79 dossiers), ainsi que son caractère rétrospectif, confèrent à notre étude un faible niveau de preuve (NP4 selon l'HAS). En particulier nos résultats ne reflètent peut-être pas exactement la prise en charge réellement effectuée du fait de gestes pratiqués mais peut-être non retranscrits dans les dossiers.
- Comme nous l'avons déjà évoqué, notre analyse de la prise en charge a été limitée par le caractère subjectif, car difficilement quantifiable, de l'importance des saignements, qui conditionne pourtant la conduite à tenir. De plus, il est quasiment impossible d'établir un lien objectif et certain entre une complication grave et une prise en charge donnée, en raison de facteurs confondants (gravité des saignements, placenta accreta)
- Nos critères d'inclusion dans le groupe des « complications graves » ont été choisis arbitrairement et ne prennent peut-être pas en compte d'autres situations d'une certaine gravité qui nous auraient peut-être amenés à mettre en évidence d'autres points importants de prise en charge à améliorer.
- Par ailleurs, une de nos difficultés a été la comparaison à la littérature, du fait du peu d'études portant spécifiquement sur les femmes ayant eu un placenta praevia symptomatique pendant la grossesse, et d'autre part, en raison des définitions du placenta praevia très hétérogènes (degré d'insertion basse, symptomatique ou non, ayant nécessité une césarienne...). De plus, notre étude n'inclut pas les femmes ayant saigné uniquement avant 24 SA contrairement aux autres études.

4.4.2. Forces

- Le thème de notre étude, de par son originalité, est une de ses forces. Dans la littérature, peu d'études portent spécifiquement sur les femmes ayant eu un placenta praevia symptomatique pendant la grossesse.
- Notre étude est unicentrique, ce qui confère une certaine homogénéité à notre travail, qui

est donc assez représentatif des pratiques à Port Royal.

- Notre étude, malgré ses biais, fait une analyse assez exhaustive de l'ensemble des pratiques concernant les femmes ayant eu un placenta hémorragiques pendant leur grossesse.

4.5. Propositions pour améliorer les pratiques

► Informers les équipes (et les femmes) sur les risques principaux

En vue d'améliorer la qualité des soins concernant la prise en charge des femmes hospitalisées pour métrorragies pendant leur grossesse, il est tout d'abord important de sensibiliser les équipes aux principaux risques encourus par ces femmes et leurs enfants, afin de les amener à être très vigilantes dans leurs pratiques. Nous pouvons attirer particulièrement l'attention sur les résultats suivants:

Risque d'accoucher par césarienne en urgence pour métrorragies (quelque soit le type de placenta praevia)	43%
dont avant travail	97%
ou dont avant 37 SA	82%
Taux d'HPP	41%
Terme moyen d'accouchement	34,5 SA
Taux de prématurité	66%

D'autre part ceci confirme également la nécessité d'avertir toutes les femmes ayant un placenta praevia même asymptomatique de se présenter le plus rapidement possible à la maternité en cas d'apparition de métrorragies.

► Informers les équipes sur les principales pratiques à améliorer

- Pas de toucher vaginal en cas de consultation aux urgences pour métrorragies en cas de placenta recouvrant
- Césarienne si les métrorragies sont persistantes, ou trop abondantes même avant 36 SA
- Toujours hospitaliser les femmes ayant des métrorragies sur placenta praevia
- Rompre les membranes dès que possible en cas de métrorragies en début de travail
- Attention au type d'anesthésie en cas de facteurs de risque d'accrète ou de métrorragies
- En cas d'accrète: ne pas retarder une hystérectomie d'hémostase en cas de saignements

abondants

- Déclenchements plutôt contre-indiqués
- Voie basse avec présentation du siège plutôt contre-indiquée

► **Amélioration du protocole**

Il serait possible d'insister plus particulièrement dans le protocole utilisé à Port Royal sur la conduite à tenir:

- en cas de métrorragies abondantes d'emblée avant 36 SA
- à propos des déclenchements chez les femmes ayant un placenta praevia
- à propos de la voie d'accouchement des femmes ayant un placenta praevia et un fœtus en présentation du siège

4.6. Place de la sage-femme

Les sages-femmes ont un rôle important aux côtés des obstétriciens dans la gestion de patientes ayant un placenta praevia, de la découverte du symptôme hémorragique à sa surveillance, que ce soit aux urgences ou en service de grossesses pathologiques, ou encore en salle de travail.

Aux urgences, la sage-femme qui accueille les patientes se trouve souvent la première face à des femmes venant consulter pour des métrorragies.

De principe, elle vérifie que le sang provient de l'orifice interne du col à l'aide d'un spéculum, afin d'éliminer une cause locale. En même temps, elle doit évaluer les pertes sanguines et apprécier l'état hémodynamique maternel par le pouls et la pression artérielle, en sachant reconnaître un état de choc à son début (manifesté par un pouls pincé, des sueurs, pâleur...); cette étape est importante, comme nous l'avons vu dans notre travail. Un enregistrement du rythme cardiaque fœtal est également débuté. Tout en alertant rapidement l'obstétricien qui vient alors confirmer le diagnostic de l'insertion basse du placenta par échographie endovaginale, ainsi que l'anesthésiste, elle commence à mettre en oeuvre les mesures initiales: pose de voie(s) veineuse(s), bilan sanguin en urgence, commande de culots globulaires. Une antibioprophylaxie peut être débutée en cas de métrorragies abondantes.

En revanche, un toucher vaginal ne pourra être fait que dans des conditions très strictes: si la patiente semble en travail et que le résultat de ce toucher peut laisser envisager une possibilité d'accouchement par voie basse, le début de la prise en charge étant effectuée (patient

perfusée...). Dans tous les cas il faut s'abstenir de ce geste en cas de placenta recouvrant.

En service de grossesses pathologiques, la sage-femme surveille particulièrement l'évolution et l'abondance des métrorragies, l'apparition de récurrences, la présence de contractions utérines. Elle pratique les examens complémentaires nécessaires pour surveiller, entre autre, le degré de spoliation sanguine maternelle et la tolérance foetale. Elle participe avec l'obstétricien à la mise en place de la conduite à tenir et à la prescription des traitements nécessaires. Elle doit également vérifier la carte de groupe sanguin, s'assurer que des culots globulaires ont été commandés et que la patiente a eu sa consultation d'anesthésie.

La sage-femme sera aussi présente pour soutenir psychologiquement les patientes, répondre à leurs interrogations et les rassurer, tout en leur expliquant avec justesse les risques encourus précédemment évoqués.

En salle de naissance, la sage-femme doit s'assurer de la présence d'une carte de groupe complète, d'un bilan sanguin récent avec NFS, RAI et hémostase, et de culots globulaires (voire de PFC) disponibles. En cas d'accord de la voie basse, elle surveille l'évolution du travail et en particulier la survenue de métrorragies. En cas de complications, l'obstétricien et l'anesthésiste prennent les décisions nécessaires en collaboration avec elle. Une des premières mesures pour arrêter les métrorragies sera souvent de pratiquer l'amniotomie, si cela est possible.

A la délivrance, la sage-femme doit être particulièrement vigilante étant donné le risque important d'HPP chez ce type de patientes. Elle peut être amenée à réaliser une délivrance artificielle et/ou une révision utérine dans l'urgence. Une sonde à demeure peut être posée préventivement. En cas de complications, elle doit s'assurer par la suite de l'envoi du placenta pour un examen anatomopathologique.

Au vu du risque important de prématurité, la sage-femme doit prévoir une prise en charge pédiatrique adaptée. Elle peut être souvent amenée à participer avec le pédiatre à la réanimation du nouveau-né, à sa surveillance les premières heures de vie et aux prélèvements nécessaires dont une numération formule sanguine.

En suites de couches, la sage-femme fait le bilan sur la spoliation sanguine et surveille l'apparition de complications infectieuses ou thrombo-emboliques. Elle favorise l'établissement du lien mère-enfant, et peut être souvent amenée à soutenir particulièrement les femmes en cas de transfert du nouveau-né en service de néonatalogie ou de réanimation.

CONCLUSION

Notre étude portait sur les femmes ayant eu un placenta praevia et ayant été hospitalisées à partir de 24 SA à Port Royal pour des métrorragies liées à ce type d'insertion placentaire.

Un de nos objectifs était d'évaluer le déroulement et l'issue de ces grossesses afin d'obtenir des éléments sur le pronostic maternel et périnatal. Nous avons trouvé que le placenta praevia hémorragique est associé à une morbidité maternelle et périnatale élevée. Les métrorragies pendant la grossesse sont la plupart du temps récidivantes et/ou abondantes, notre étude ayant retrouvé un nombre moyen d'épisodes de 2,3 par femme. Aux conséquences de cette spoliation sanguine en antépartum s'ajoutent souvent celles de l'hémorragie de la délivrance, dont le taux était de 41% dans notre étude, supérieur en cas d'accrета associé: 93%, vs 29% sans accrета. Au total, les hémorragies liées au placenta praevia sont responsables d'un taux élevé de transfusions, d'hystérectomies et d'anémies: 5% de femmes ont été transfusées en antépartum et 25% en postpartum, 8% des femmes ont eu une hystérectomie d'hémostase, et 48% des femmes avaient un taux d'hémoglobine inférieur à 9g/dl en postpartum. D'autre part, les femmes ayant saigné pendant leur grossesse ont un fort risque d'accoucher par césarienne, et prématurément en urgence pour métrorragies: notre étude retrouve 56% de césariennes en cas de placenta non recouvrant, et quelque soit le type de placenta, 43% de césariennes en urgence pour métrorragies, dans 82% des cas avant 37 SA. Le taux de prématurité est donc élevé, de 66% correspondant à un terme moyen de 34,5 SA.

Nous voulions également analyser la prise en charge de ces femmes (à partir de 24 SA), et en particulier étudier le lien entre celle-ci et la survenue de complications graves. Nous en avons déduit que dans la majorité des cas, les complications graves maternelles et/ou périnatales associées au placenta praevia hémorragique sont difficilement évitables, car non liées à la prise en charge: pour 68% des femmes de notre étude concernées par des complications graves, nous n'avons pas mis en évidence de lien avec les pratiques effectuées. Le protocole instauré à Port Royal est globalement bien respecté. Cependant des écarts existent et portent principalement sur la contre-indication au toucher vaginal en cas de placenta recouvrant, et sur les modalités concernant la mise sous tocolyse IV. Mais au-delà du respect du protocole, conçu en rapport à des situations bien déterminées et nécessitant donc parfois une adaptation aux situations réelles souvent plus complexes, les principales difficultés dans la prise en charge résident finalement dans le fait d'évaluer le plus justement possible le moment critique au delà duquel une césarienne est nécessaire à la suite de métrorragies trop abondantes ou persistantes, afin de gérer au mieux la balance entre les risques maternels et foetaux.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Boog G, 1996,
Placenta praevia, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Obstétrique, Elsevier,
5-069-A-10
- [2] Cabrol D, Pons J-C, Goffinet F, 2003,
Traité d'obstétrique, Placenta praevia, Flammarion Médecine, p922-926
- [3] SINHA P, KURUBA N, 2008,
Ante-partum haemorrhage: an update,
Journal of Obstetrics and Gynaecology, 28(4) p 377 – 381
- [4] Crane JM, Van den Hof MC, Dodds L, Armson BA, Liston R, 2000,
[Maternal complications with placenta previa,](#)
[American journal of perinatology](#), 17(2) p101-5
- [5] Merger R, Lévy J, Melchior J, 2001,
Précis d'obstétrique, Pathologie des annexes du fœtus, 6^e édition, Masson p261-266
- [6] MacAfee CH, Millar WG, Harley G, 1962,
Maternal and foetal mortality in placenta praevia,
J Obstet Gynaecol Br Commonw, 69 p203-212
- [7] Sherman SJ, Carlson DE, Platt LD, Medearis AL, 1992,
Transvaginal ultrasound: does it help in the diagnosis of placenta previa?
Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, 2(4), p256–260
- [8] [Oyelese Y, Smulian JC, 2006,](#)
[Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa: Review,](#)
[Obstetrics and gynecology](#), 107(4) p927-41
- [9] Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Oppenheimer L, 2007
Diagnosis and management of placenta previa,
Journal of obstetrics and gynaecology Canada, 29(3) p261-73
- [10] Roy C, sous la direction. de T.Schmitz, 2008,
Placenta praevia diagnostiqué à l'échographie du 2^{ème} trimestre: quelle information
délivrer aux patientes?,
Mémoire de sage-femme Médecine Paris 5 Cochin Port Royal, 51p
- [11] [Sohrabi Davood, Parivar Kazem, Ebrahimi Sepideh, 2008,](#)
[Selected Pregnancy Variables in Women with Placenta Previa,](#)
[Research Journal of Obstetrics and Gynecology](#), 1(1) p1-5

- [12] Tuzovic L, 2006,
Complete versus incomplete placenta previa and obstetric outcome,
[International journal of gynaecology and obstetrics](#), 93(2) p110-7
- [13] Dola CP, Garite TJ, Dowling DD, Friend D, Ahdoot D, Asrat T, 2003,
[Placenta previa: does its type affect pregnancy outcome?](#)
[American journal of perinatology](#), 20(7) p353-60
- [14] Tuzovic L, Djelmis J, Ilijic M, 2003,
[Obstetric risk factors associated with placenta previa development: case-control study](#),
Croatian medical journal, 44(6) p728-33
- [15] Ananth CV, Demissie K, Smulian JC, Vintzileos AM, 2003,
[Placenta previa in singleton and twin births in the United States, 1989 through 1998: a comparison of risk factor profiles and associated conditions](#),
[American journal of obstetrics and gynecology](#), 188(1) p275-81
- [16] Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hallak M, Hershkowitz R, Katz M, Mazor M., 2001,
Placenta previa: obstetric risk factors and pregnancy outcome,
The Journal of maternal-fetal medicine, 10(6) p414-9
- [17] Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM, 1997,
The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a metaanalysis,
American journal of obstetrics and gynecology, 177(5) p1071-8.
- [18] Faiz AS, Ananth CV, 2003,
Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies,
The journal of maternal-fetal & neonatal medicine, 13(3) p175-90
- [19] Ananth CV, Demissie K, Smulian JC, Vintzileos AM, 2001,
Relationship among placenta previa, fetal growth restriction, and preterm delivery: a population-based study,
[Obstetrics and gynecology](#), 98(2) p299-306
- [20] Yang Q, Wen SW, Oppenheimer L, Chen XK, Black D, Gao J, Walker MC, 2007,
Association of caesarean delivery for first birth with placenta praevia and placental abruption in second pregnancy,
British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 114(5) p609-13

- [21] Johnson LG, Mueller BA, Daling JR, 2003,
The relationship of placenta previa and history of induced abortion,
[International journal of gynaecology and obstetrics](#), 81(2) p191-8
- [22] Castles A, Adams EK, Melvin CL, Kelsch C, Boulton ML, 1999,
Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses
American journal of preventive medicine, 16(3) p208-15
- [23] Kim L, Caughey A, Escobar G, 2008
[Racial and ethnic differences in the prevalence of placenta previa](#),
American journal of obstetrics and gynecology, 199(6), Supplement 1, pS105
- [24] Cabrol D, Goffinet F, 2009,
Anomalies d'insertion placentaire, Protocoles cliniques en obstétrique
Collection Abrégés de périnatalité, 3è édition, Elsevier Masson Paris, p37-42
- [25] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2005,
Placenta praevia and placenta praevia accreta: diagnosis and management,
London (UK): RCOG, 12 p. Guideline no. 27
- [26] Lahoria K, Malhotra S, Bagga R, 2007,
Transabdominal and transvaginal ultrasonography of placenta previa,
International journal of gynaecology and obstetrics, 98(3) p258-9.
- [27] Leerentveld RA, Gilberts EC, Arnold MJ, Wladimiroff JW, 1990,
Accuracy and safety of transvaginal sonographic placental localization,
Obstetrics and gynecology, 76(5 Pt 1) p759-62
- [28] [Iyasu S, Saftlas AK, Rowley DL, Koonin LM, Lawson HW, Atrash HK, 1993,
The epidemiology of placenta previa in the United States, 1979 through 1987,
American journal of obstetrics and gynecology](#), 168(5) p1424-9
- [29] Konje JC, Taylor DJ, 2006,
Bleeding in late pregnancy, in High risk pregnancy management options,
James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B, editors. , 3rd ed. Philadelphia, Elsevier
- [30] Blondel B, Supernant K, Mazaubrun (du) C, Breart G, 2005;
Enquête nationale périnatale 2003: situation en 2003 et évolution depuis 1998
Unité de Recherches Epidémiologiques en Santé Périnatale et Santé des Femmes,
INSERM - U. 149

- [31] Love CD, Wallace EM, 1996,
Pregnancies complicated by placenta praevia: what is appropriate management?*British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 103(9) p864-7
- [32] Lam CM, Wong SF, Chow KM, Ho LC, 2000,
Women with placenta praevia and antepartum haemorrhage have a worse outcome than those who do not bleed before delivery,
Journal of Obstetrics and Gynaecology, 20(1) p27-31
- [33] Bhide A, Prefumo F, Moore J, Hollis B, Thilaganathan B, 2003,
Placental edge to internal os distance in the late third trimester and mode of delivery in placenta praevia,
British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 110(9) p860-4.
- [34] Bahar A, Abusham A, Eskandar M, Sobande A, Alsunaidi M, 2009,
Risk factors and pregnancy outcome in different types of placenta previa,
Journal of obstetrics and gynaecology Canada, 31(2) p126-31
- [35] Kohli P, Zlatnik M, Little S, Caughey A, 2006,
[Bleeding previa: What are the risks?](#)
American journal of obstetrics and gynecology, 195(6) Supplement 1, p S113
- [36] Rosen DM, Peek MJ, 1994,
Do women with placenta praevia without antepartum haemorrhage require hospitalization?
The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology, 34(2) p130-4
- [37] [Zlatnik MG, Cheng Y, Norton M, Winn V, Thiet MP, Caughey AB, 2005, Placenta previa & the attributable risk of preterm delivery](#)
American journal of obstetrics and gynecology, 193(6) Supplement 1, pS122
- [38] Olive EC, Roberts CL, Algert CS, Morris JM, 2005,
Placenta praevia: maternal morbidity and place of birth,
The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology, 45(6) p499-504
- [39] Haute Autorité de Santé (HAS), Bayoumeu F, Verspyck E, 2004,
Prise en charge anténatale : la gestion du risque, Hémorragies du post-partum immédiat, Recommandations pour la pratique clinique,
Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 33 (supplément 8), p4S17-4S28
- [40] Crane JM, Van den Hof MC, Dodds L, Armson BA, Liston R, 1999,
Neonatal outcomes with placenta previa,
Obstetrics and gynecology, 93(4) p541-4

- [41] Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM, 2003,
The effect of placenta previa on neonatal mortality: a population-based study in the United States, 1989 through 1997,
American journal of obstetrics and gynecology, 188(5) p1299-304
- [42] McShane PM, Heyl PS, Epstein MF, 1985,
Maternal and perinatal morbidity resulting from placenta previa,
Obstetrics and gynecology, 65(2) p176-82
- [43] [Salihu HM, Li Q, Rouse DJ, Alexander GR., 2003,](#)
[Placenta previa: neonatal death after live births in the United States,](#)
[American journal of obstetrics and gynecology](#), 188(5):1305-9
- [44] Lin C, Wang S, Hsu Y, Lin Y, Yeh T, Chang F, 2001,
Risk for respiratory distress syndrome in preterm infants born to mothers complicated by placenta previa,
Early human development, 60(3) p215-24
- [45] Jouppila P, 1979,
Vaginal bleeding in the last two trimesters of pregnancy. A clinical and ultrasonic study.
Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 58(5) p461-7
- [46] Sharma A, Suri V, Gupta I, 2004,
Tocolytic therapy in conservative management of symptomatic placenta previa,
[International journal of gynaecology and obstetrics](#), 84(2) p109-13
- [47] Haute Autorité de Santé (HAS), juin 2005
Evaluation des pratiques professionnelles, mise en oeuvre et perspectives
- [48] Guilherme R, Renaud C, Dommergues M, Mitanchez D, 2009,
Répétition des cures de corticoïdes chez les femmes à risque d'accouchement prématuré: un consensus difficile
Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 38(6) p459-468

ANNEXES

ANNEXE I. Protocole utilisé à la maternité de Port Royal

Cabrol D, Goffinet F, 2009,
Anomalies d'insertion placentaire, Protocoles cliniques en obstétrique
Collection Abrégés de périnatalité, 3è édition, Elsevier Masson Paris, p37-42

12 Anomalies d'insertion placentaire

Placenta praevia

Définition et diagnostic

Le placenta *praevia* se définit comme un placenta inséré sur tout ou partie du segment inférieur. La mesure du petit côté des membranes, inférieur à 10 cm lors de l'examen du placenta après la délivrance, constitue un diagnostic *a posteriori*. Le diagnostic anténatal est généralement réalisé au moment d'une échographie systématique ou en cas de métrorragies. Les métrorragies sont alors de survenue brutale, sans douleurs, de sang rouge, liquide avec des caillots. Par principe, il faut vérifier que le sang provient de l'orifice interne du col par l'observation à l'aide d'un spéculum, en nettoyant soigneusement le vagin à l'aide de compresses et d'une pince longuette. L'échographie par voie transvaginale en salle d'urgence confirmera le diagnostic. L'évaluation du volume sanguin perdu doit d'abord se faire cliniquement par l'appréciation de l'état hémodynamique maternel (pouls, pression artérielle) en sachant reconnaître un état de choc à son début (pouls pincé, sueurs, pâleur des conjonctives), rarement présent.

Classification

L'échographie permet un diagnostic fiable et facile, même en cas de localisation postérieure, grâce à la voie endovaginale qui est systématiquement réalisée, et même en cas de diagnostic, par une échographie par voie abdominale. Elle permet de mesurer précisément la distance qui sépare le bord inférieur du placenta de l'orifice interne du col. En effet, cette distance permet d'apprécier le risque hémorragique de façon plus pertinente que les anciennes classifications anatomiques ou échographiques.

Trois situations peuvent être distinguées :

- le placenta *praevia* recouvrant : le placenta recouvre le col en son entier et le risque hémorragique est alors le plus important ;
 - le placenta *praevia* marginal : le bord placentaire affleure l'orifice interne du col ;
 - le placenta *praevia* latéral : la distance entre le bord inférieur du placenta et l'orifice interne peut être mesurée.
- La formation du segment inférieur, au début du 3^e trimestre, fait glisser les uns sur les autres les plans musculaires de l'isthme utérin qui s'amincit. En cas d'insertion basse au 2^e trimestre, le placenta peut, par simple phénomène mécanique, se déplacer vers le fond utérin lors de la formation du segment inférieur. Sa partie inférieure s'éloigne ainsi de l'orifice interne du canal cervical.

Conduite à tenir en cas de placenta praevia

Asymptomatique

Le placenta bas inséré de révélation échographique peut être responsable d'hémorragies tout au long de la grossesse. La patiente sera donc avertie de ce danger et

incitée à se présenter à la maternité en cas de métrorragies, même modérées. Sauf en cas de métrorragies, il n'y a pas d'hospitalisation systématique, même en cas de placenta recouvrant. Une prévention de l'anémie par fer-foline sera prescrite. Une consultation d'anesthésie, rapidement après ce diagnostic, et un bilan sanguin seront prescrits.

Prise en charge initiale en cas de métrorragies

Prise en charge maternelle

Bilan et traitement

- Pose d'une voie d'abord veineuse de bon calibre (16 ou 18g), voire de deux en cas d'hémorragie abondante.
- Bilan sanguin en urgence :
 - HemoCue, Groupe Rhésus, RAI ;
 - NFS plaquettes, TP, TCA, fibrinogène.
- Discuter un bilan HTA selon le contexte.
- Consultation d'anesthésie.
- Commande de culots sanguins disponibles et réservés à la banque du sang.
- Antibiothérapie (*Amoxicilline* : 3g/l x 5j) en cas d'hémorragie abondante.
- Un toucher vaginal prudent ne sera réalisé que si la patiente semble en travail et si le placenta n'est pas recouvrant.

Thérapeutiques

- Avant 36 SA :
 - tocolyse par voie intraveineuse (voir chapitre 36) ;
 - corticothérapie, avant 34 SA (voir chapitre 36) ;
 - césarienne si les métrorragies abondantes persistent malgré la tocolyse.
- Après 36 SA :
 - direction du travail (rupture artificielle des membranes) si les métrorragies persistent et les membranes sont accessibles ;
 - césarienne si les métrorragies sont trop abondantes, si le col est fermé ou si le placenta est recouvrant.

Prise en charge fœtale

- Un enregistrement du RCF doit être réalisé dès l'arrivée de la patiente. En effet, des signes d'anoxie fœtale modifieraient la prise en charge. De telles anomalies doivent toujours faire rechercher une importante spoliation sanguine maternelle.
- Ce n'est qu'après quelques heures de stabilité qu'une échographie fœtale sera réalisée afin de contrôler la vitalité et la croissance fœtale.
- La proccidence du cordon est plus fréquente en cas de placenta *praevia*. Elle s'explique par l'insertion, par définition basse, du cordon, parfois latérale ou vélamenteuse.
- Par ailleurs, l'échographie transvaginale, éventuellement aidée par le Doppler couleur, peut identifier des vasa *praevia* imposant la césarienne en cas de mise en travail.

Prise en charge ultérieure

- En cas d'hospitalisation, nous n'autorisons la patiente à un retour au domicile (avec repos) qu'après au moins 7 jours consécutifs sans métrorragies.

- La prescription d'une supplémentation en fer et en foline est systématique (*Tardyferon* B9 1 cp/j).
- Une NFS sera régulièrement prescrite en cas de persistance des métorrhagies.
- Un prélèvement bactériologique vaginal est réalisé 1 fois par semaine.
- Programmation d'une césarienne vers 38 SA, si le placenta est recouvrant.

Patiente en travail

La rupture artificielle des membranes sera réalisée en cas de métorrhagies. Idéalement, elle ne doit être faite que lorsque la présentation est suffisamment bien adaptée au segment inférieur.

Un risque d'hémorragie fœtale existe s'il y a des *vasa praevia*. L'idéal est de réaliser la rupture artificielle sous couvert de la vue, à l'aide d'un spéculum ou d'un large amioscope.

Le risque hémorragique, d'une autre origine, existe après la délivrance. Le segment inférieur se rétracte mal et ferme insuffisamment les nombreux lacs veineux (voir chapitre 46). Une révision utérine sera d'indication large.

Technique de césarienne

La position exacte du placenta sera repérée avant la césarienne à l'aide de l'échographie :

- si le placenta est postérieur sans languette remontant sur la partie antérieure du segment inférieur : technique habituelle ;
 - si le placenta est postérieur avec une languette remontant sur la partie antérieure du segment inférieur : tenter de repérer l'endroit permettant d'inciser juste au-dessus, quitte à être en segmento-corporel ;
 - si le placenta est antérieur non recouvrant, on incisera le plus bas possible afin de réaliser un décollement le plus modéré possible ;
 - si le placenta est antérieur recouvrant, soit il est possible de décoller le bord libre du placenta lorsqu'il est latéralisé, soit l'opérateur sera obligé de « passer » en transplacentaire. Cette dernière option devra amener l'opérateur à une extraction fœtale et un clampage du cordon rapides en raison des risques d'anémie fœtale par rupture des vaisseaux fœtaux circulant sur la plaque chorale.
- Une incision verticale segmento-corporelle peut être décidée en cas de césarienne avant terme (absence de segment inférieur) et d'une présentation dystocique (transverse et siège plus fréquents). Elle présente l'inconvénient d'imposer une césarienne pour une grossesse ultérieure.
- L'hypervascularisation quasi constante du segment inférieur associée à sa mauvaise rétraction après la délivrance expose à un risque majeur d'HDD (voir chapitre 46).

Placenta *accreta*

Définition, fréquence et diagnostic

Il se caractérise par une adhérence anormale du placenta au myomètre du fait de l'absence de décida qui ne s'interpose plus alors entre les villosités trophoblastiques et le myomètre. Il existe différents types anatomiques de placenta *accreta*, en fonction de la profondeur de l'interpénétration des villosités dans le muscle utérin.

La forme *accreta* la plus fréquente (75 %) ne représente qu'une pénétration superficielle des villosités dans le myomètre, tandis que dans la forme *increta* (15 %), celles-ci pénètrent dans l'épaisseur du myomètre. Dans la forme *percreta*, elles le traversent pour atteindre la séreuse et même les organes pelviens de voisinage. L'adhérence du placenta peut séjurer sur toute sa face d'implantation ou n'être localisée qu'à un ou plusieurs cotylédons.

Sa fréquence est en nette augmentation ces dernières années en raison de l'augmentation du nombre d'utérus cicatriciels. Il est associé dans plus des deux tiers des cas à un placenta *praevia*.

Parmi les circonstances semblant favoriser la survenue d'un placenta *accreta*, on retrouve souvent les lésions endo-utérines traumatiques ou infectieuses ayant en commun une lésion de la décida (curetage, césarienne, endométrite, utérus myomateux). Cependant, ce type d'antécédent n'est pas systématiquement retrouvé.

Survenant plus fréquemment chez les multipares, il est souvent asymptomatique jusqu'à la délivrance, d'où l'intérêt théorique d'investigations paracliniques en cas de facteurs de risque présents (utérus multicatriciel associé à un placenta *praevia* par exemple). L'échographie, par l'étude minutieuse de l'insertion placentaire sur le myomètre révélant l'absence d'image claire sous placentaire, reflet de la basale, ou encore par la présence de lacs veineux intra-placentaire (aspect « mité »), peut en théorie faire suspecter ce diagnostic. Le Doppler couleur pourrait visualiser la pénétration des vaisseaux placentaires dans le myomètre. L'IRM a également été proposée. Il faut souligner qu'il n'existe aucune série prospective satisfaisante avec évaluation du nombre de faux positifs et de faux négatifs de ces examens. Ainsi, en pratique, le diagnostic anténatal est suspecté devant l'association entre un placenta multicatriciel et un placenta antérieur bas inséré.

Le diagnostic est donc souvent porté au moment de la délivrance avec la survenue de complications hémorragiques redoutables associées à l'impossibilité de décoller le placenta en totalité.

Plus rarement, il sera diagnostiqué lors d'une absence de décollement placentaire au cours d'une tentative de délivrance artificielle sans hémorragie associée.

Prise en charge

Prénatale

Pour une patiente avec un risque élevé de placenta *accreta*, il est préférable qu'elle soit prise en charge dans un établissement disposant d'un plateau technique (réanimation adulte, radiologie interventionnelle) et humain (obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, radiologues) suffisant. Pour notre part, nous réalisons systématiquement chez les patientes à risque une échographie Doppler couleur ainsi qu'une IRM au début du 3^e trimestre pour préciser le risque de placenta *accreta*. Cependant, compte tenu de la pertinence modérée de ces examens, nous considérons toute patiente présentant des facteurs de risque comme porteuse potentielle d'un placenta *accreta*, entraînant les mesures adéquates suivantes en prénatal :

- consultation d'anesthésie au début du 3^e trimestre ;
- carte de groupe Rhésus avec recherche d'agglutinines irrégulières ;
- commande de sang disponible à la banque du sang dès 35–36 SA ;
- patiente prévenue des risques de transfusion et d'hystérectomie.

Au moment de la délivrance

Dans la stratégie thérapeutique, l'hystérectomie totale ou subtotale est l'éventualité de loin la plus fréquente, de 70 à 95 % selon les séries. Il faut savoir y avoir recours rapidement en cas de placenta *accreta* associé à un saignement incontrôlable et des troubles hémodynamiques.

Cependant, sous certaines conditions, un traitement conservateur peut être envisagé, idéalement après discussion et accord de la patiente, permettant de conserver une fertilité ultérieure.

La situation idéale est de suspecter le placenta *accreta* en anténatal (facteurs de risque, échographie et IRM). Dans ces cas, l'intervention est programmée (césarienne le plus souvent ou déclenchement si l'utérus n'est pas cicatriciel) avec du personnel médical (chirurgiens, anesthésistes) et paramédical suffisant, la salle d'embolisation prête, des culots globulaires et des plasmas frais congelés disponibles en salle de travail.

Au moment de l'extraction de l'enfant, une délivrance dirigée est réalisée :

- si le placenta se décolle facilement, aidé par une traction douce du cordon, c'est que le placenta n'était pas *accreta* bien sûr ;
- dans le cas contraire, nous n'essayons pas de décoller le placenta. Le cordon est alors sectionné au ras de son insertion placentaire et le placenta est laissé en totalité dans la cavité utérine. Cette absence de décollement permet, à notre avis, d'éviter une hémorragie qui peut être très abondante. L'embolisation n'est pas systématique, contrairement à la mise sous sulprostone et sous antibiotiques (*Augmentin* : 10 jours). Nous n'utilisons pas le méthotrexate. La patiente reste hospitalisée une dizaine de jours en l'absence de complications. La patiente est ensuite suivie toutes les semaines sur les plans clinique, échographique et biologique (NFS, CRP, PV) jusqu'à résorption totale du résidu placentaire.

Entre 1998 et 2000, 10 patientes (8 *accreta* partiels, 2 totaux) ont été traitées de cette manière et aucune hystérectomie d'hémostase pour placenta *accreta* n'a été réalisée. La moitié de ces patientes ont été transfusées, toutes de moins de 4 culots globulaires. Entre 1993 et 1996, 8 patientes ont été hystérectomisées pour placenta *accreta* ; parmi ces patientes 7 ont été transfusées avec une moyenne de 10 culots globulaires (entre 4 et 15 culots).

En cas de découverte d'un placenta *accreta* au moment de la délivrance, il ne faut pas « s'acharner » à retirer la totalité du placenta, ce qui aboutirait inévitablement à une hémorragie non contrôlable. Si la situation est stable, on pourra tenter la stratégie citée en cas d'intervention programmée ; en cas de troubles hémodynamiques, il faudra se résoudre rapidement à l'hystérectomie.

Considérations anesthésiques

Le saignement peut être brutal et majeur en cas de placenta *accreta* selon le degré de pénétration placentaire dans la muqueuse utérine. Lorsqu'il survient au cours d'une césarienne sous péridurale, le saignement induit par le placenta *accreta* peut aboutir à une hypotension majeure nécessitant non seulement un remplissage rapide, mais aussi une administration continue de vasopresseurs (*Néosynéphrine*). Dans ce contexte d'urgence, il paraît prudent de recommander l'anesthésie générale et de ne pas tenter d'étendre le bloc péridural sensitif, et donc le bloc sympathique. En effet, l'hystérectomie d'hémostase étant le plus souvent réalisée en

42 Protocoles cliniques en obstétrique

urgence, l'anesthésie générale est la technique de choix, car les besoins en remplissage vasculaire sont toujours plus élevés en situation d'urgence. De manière générale, l'impossibilité de contrôler l'hémorragie conduit inéluctablement à pratiquer une anesthésie générale. De même, en cas de placenta *accreta* compliquant un accouchement par voie basse sous analgésie péridurale, il est préférable de ne pas étendre le bloc sensitif si le saignement n'est pas aisément contrôlé, et que la patiente reste hypotendue malgré le remplissage vasculaire.

Bibliographie

- Cohen H. Placenta praevia. In Cabrol D, Pons JC, Goffinet F. Traité d'obstétrique. Flammarion, Paris, 2003 ; pp. 922-926.
- Kayem G, Davy C, Goffinet F, Thomas C, Clement D, Cabrol D. Conservative versus extirpative management in cases of placenta accreta. Obstet. Gynecol. 2004 ; 104 (3) : 356-531.
- Kayem G, Pannier E, Goffinet F, Grangé G, Cabrol D. Fertility after conservative treatment of placenta accreta. Fertility and Sterility 2002 ; 78 : 637-638.
- Goffinet F. Hémorragies obstétricales du post-partum. In Cabrol D, Pons JC, Goffinet F. Traité d'obstétrique. Flammarion, Paris, 2003 ; pp. 932-946.

ANNEXE II. Grille de recueil des données n°1

Remplie pour toutes les patientes

Dossier n°/ Année/..... Nom _ _ _ _ _

ANAMNESE

Age:	Atcd utérins: Gestité : / Parité : (avant la grossesse actuelle) Antécédent de curetage: de césarienne: de placenta praevia: Autres :
Rhésus <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> Rophylac systématique 28 -29 SA si négatif	

GROSSESSE

☐ Suivie à Port Royal ☐ transfert in-utéro : terme :..... motif :.....

pathologies maternelles associées: et terme : <input type="checkbox"/> MAP <input type="checkbox"/> RPM < 37 SA <input type="checkbox"/> RPM > 37 SA <input type="checkbox"/> Pré-éclampsie <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Autre :	Pathologies fœtales associées: et terme : <input type="checkbox"/> RCIU <input type="checkbox"/> Oligoamnios <input type="checkbox"/> à membranes intactes <input type="checkbox"/> Hydramnios <input type="checkbox"/> Chorioamniotite <input type="checkbox"/> à membranes intactes <input type="checkbox"/> Autre :
--	--

métrorragies: Nombre total d'épisodes: Terme du 1^{er} épisode :

Hospitalisations

Nombre total : dont pour métrorragies :
Durée totale :jours dont pour métrorragies:jours

résumé des hospitalisations.

Lieu	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5
Terme (SA)					
Durée (jours)					
Motif					
A l'arrivée : métrorragies: aucune, minimes, modérées, abondantes					
Toucher vaginal? Contractions utérines?					
Nombre d'épisodes de métrorragies					
Insertion placentaire recouvrant / non recouvrant postérieur / antérieur					
thérapeutiques					
Tacolyse (oui/non) Laquelle					
ATB (oui/non)					
Corticoides (oui/non)					
Transfusion (oui/non) culots PFC					
Rophylac (oui/non) + Dose					
Issue domicile / accouchement					

ACCOUCHEMENT

Terme :SA

Présentation : ☐ céph

☐ siège ☐ autre

Placenta

dernière echo: terme :

☐ recouvrant

☐ postérieur

☐ non recouvrant

☐ antérieur

Entrée en travail : <input type="checkbox"/> Spontané <input type="checkbox"/> Déclenchement : motif : méthode : <input type="checkbox"/> Césarienne avant travail motif :	Voie d'accouchement <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/> Programmée <input type="checkbox"/> En urgence avant travail <input type="checkbox"/> En urgence pendant travail motif : <input type="checkbox"/> VB <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> instrumentale	Délivrance <input type="checkbox"/> Naturelle <input type="checkbox"/> Dirigée <input type="checkbox"/> DA : motif..... <input type="checkbox"/> complète <input type="checkbox"/> incomplète <input type="checkbox"/> RU : motif..... <input type="checkbox"/> accreta/percreta/incrèta <input type="checkbox"/> attitude conservatrice
Mode d'anesthésie : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Péridurale <input type="checkbox"/> Rachis anesthésie <input type="checkbox"/> Générale	Complications pendant le travail Hémorragiques : <input type="checkbox"/> HRP <input type="checkbox"/> Coagulopathie <input type="checkbox"/> choc <input type="checkbox"/> autres :	Traitements pendant le travail <input type="checkbox"/> ocytocine <input type="checkbox"/> Antibiothérapie pour métrorragies <input type="checkbox"/> Transfusion culots globulaires pFC

Métrorragies en début de travail

☐ non

☐ oui → Rupture artificielle des membranes précoce : oui ☐ non

Membranes déjà rompues ☐

POST PARTUM

Mère Durée du séjour :jours Complications : <input type="checkbox"/> HPP <input type="checkbox"/> Coagulopathie <input type="checkbox"/> choc taux d'hémoglobine le plus bas en suites de couches <input type="checkbox"/> Infectieuses <input type="checkbox"/> Thrombo-emboliques <input type="checkbox"/> Autres :	Nouveau-né <input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon <input type="checkbox"/> vivant <input type="checkbox"/> MFU (terme :) Poids :g eutrophe <input type="checkbox"/> hypotrophe <input type="checkbox"/> macrosome Taille :cm PC :cm <input type="checkbox"/> PH naissance < 7,20 <input type="checkbox"/> Apgar à 5min <7 <input type="checkbox"/> état de mort apparente à 3 minutes <input type="checkbox"/> auprès de sa mère <input type="checkbox"/> Transfert en réanimation (<input type="checkbox"/> après 37 SA) <input type="checkbox"/> Transfert à l'UME quand ? Complications néonatales <input type="checkbox"/> Décès : date/heure lieu..... <input type="checkbox"/> Hypotrophie <input type="checkbox"/> Déresse respiratoire (précisions :) <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Neurologiques <input type="checkbox"/> Métabolique <input type="checkbox"/> Malformation congénitale <input type="checkbox"/> Autre :
Traitements <input type="checkbox"/> Transfusion culots globulaires n= pFC <input type="checkbox"/> Nalador <input type="checkbox"/> Embolisation <input type="checkbox"/> Ligature des hypogastriques <input type="checkbox"/> Hystérectomie d'hémostase <input type="checkbox"/> Transfert en réanimation quand duréej	

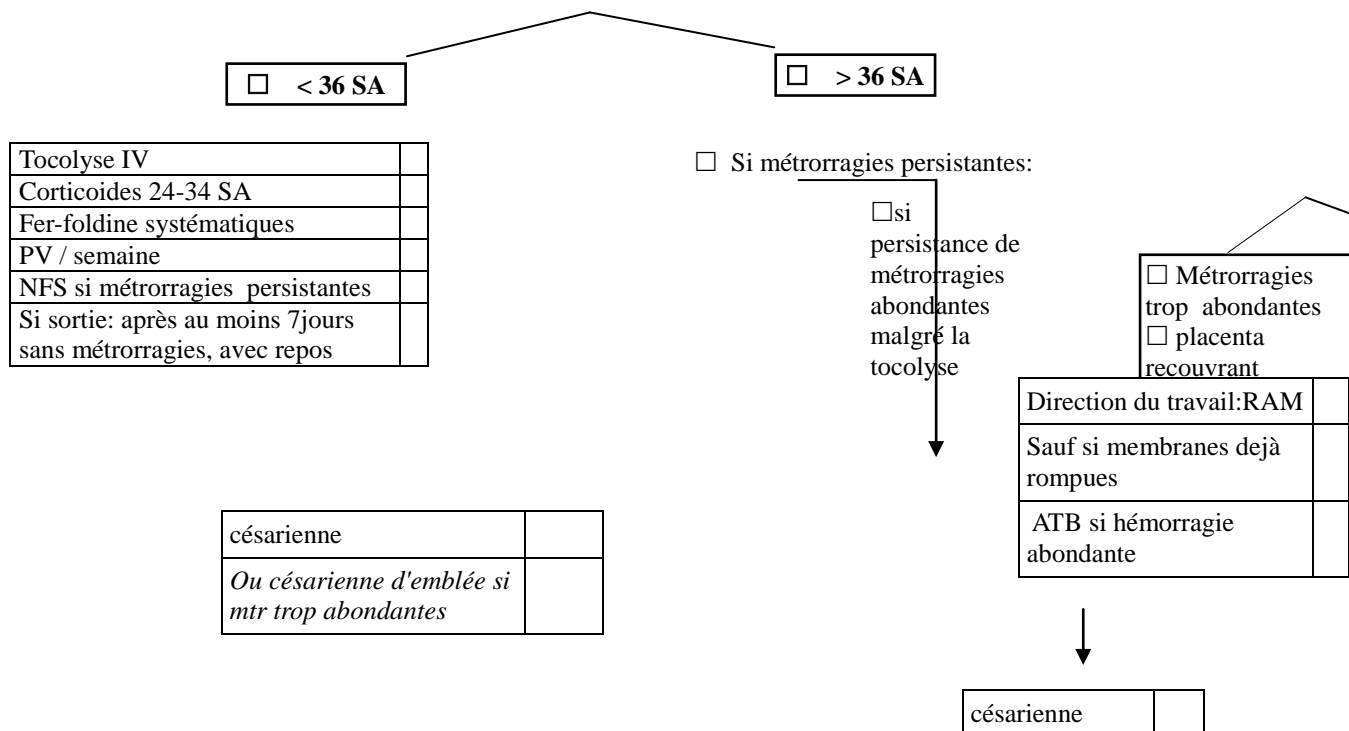
→ Groupe « complications graves » : **non** / **oui**

ANNEXE III. Grille de recueil des données n°2

Remplie pour les patientes du groupe « complications graves »,
à propos de leur dernière hospitalisation pour métrorragies.

Pose du spéculum	
Echographie transvaginale systématique Métrorragies: <input type="checkbox"/> minimes <input type="checkbox"/> modérées <input type="checkbox"/> abondantes	
Evaluation de l'état hémodynamique maternel (pouls, tension artérielle)	
Pas de toucher vaginal (sauf si la patiente semble en W <u>et</u> placenta non recouvrant)	
RCF dès l'arrivée de la patiente	
Pose d'au moins une voie veineuse périphérique	
Bilan sanguin	
Consultation d'anesthésie faite	
Culots sanguins disponibles	

Antibiothérapie en cas d'hémorragie abondante	
Prévention de l'allo-immunisation rhésus (si négatif)	
Echographie obstétricale après quelques heures de stabilité	



CAT ultérieure si asymptomatique

Pas d'hospitalisation systématique	
------------------------------------	--

Délivrance

Révision utérine (d'indication large)	
---------------------------------------	--

Fer-foldine	
Consultation d'anesthésie + bilan à jour	
Si placenta recouvrant <input type="checkbox"/> césar. programmée à 38 SA	

Si accreta suspecté: utérus multicicatriciel
et PBI antérieur

Echographie + doppler couleur + IRM, début T3	
Carte de groupe Rh + RAI	
Cs anesth faite début T3	
Sang disponible dès 35-36SA	
Accht programmé (césar. ou déclenchement si non cicatriciel), équipe, salle d'embolis, CG et PFC dispos	
Délivrance dirigée	

Si accreta avéré:

Si saignement incontrôlable / troubles hémodynamiques : hystérectomie sous AG	
Sinon : traitement conservateur :	
+/- embolisation	
Nalador + ATB (10j) systématiques	
Hospitalisation $\geq 10j$ si pas de complications	
Suivi /semaine : clinique, échographique, biologique	

► Items non respectés:

► Commentaires:

ANNEXE IV. Groupe des « complications graves »

Le tableau suivant synthétise d'une part les items non respectés (les autres ne sont pas évoqués ici), et d'autre part le type de complication(s) grave(s) survenue(s) pour chaque patiente du groupe.

La colonne « lien » est justifiée dans l'annexe V.

Les cases surlignées correspondent à celles où il existe potentiellement un lien.

DOSSIER	ITEMS NON RESPECTES*														TYPE DE COMPLICATION GRAVE				LIEN?
	RAD précédent avant moins de 7j sans métrorragies Toucher vaginal sur place na recouvrant, ou non recouvrant sans CU Pas d'échographie transvaginale effectuée aux urgences Pas de voie veineuse périphérique posée Jamais de corticoïdes malgré dernière hospitalisation entre 24 et 34 SA Pas d'antithérapie en cas de métrorragies abondantes Pas de Rophylac si Rhésus négatif Pas de prescription de fer-foline durant l'hospitalisation Décision inadaptée concernant la tocolyse Pas de césarienne rapidement si métr persistantes / abondantes Rachis anesthésie en cas de contusion hémorragique Pas d'IRM si placenta praevia antérieur et utérus multicariciel Pas de délivrance dirigée en cas de risque d'accrète prise en charge inadaptée en post-partum en cas d'accrète Déclenchement sur placenta praevia Accouchement voie basse avec présentation du siège et paevia														spoliation sanguine pd grossesse accouchement dans un contexte hgique	HPP, pas d' accrète HPP+ accrète	MFU décès enfant Transfert en réanimation néonatale après 37 SA autre	lien, justifié dans l'annexe V	
1																		non	
2	1															1		non	
3	1 1 1																	non	
4	1														1	1		non	
5																1		oui?	
6	1															1		non	
7	1														1	1		non	
8	1															1		non	
9	1														1 1			non	
10	1														1 1			oui?	
11	1																1	non	
12	1														1	1		non	
13	1																1	oui?	
14	1															1		non	
15	1															1		non	
16	1															1		oui?	
17	1														1	1	1	non	
18	1															1		oui?	
19	1															1		non	
20	1															1		non	
21	1															1		non	
22	1															1		non	
23	1														1 1	1		non	
24	1 1															1		oui?	
25	1														1	1		non	
26	1														1	1		non	
27	1															1	1	non	
28	1																1	non	
29	1														1	1		non	
30	1															1		oui?	
31	1															1		non	
32	1 1														1 1			oui?	
33	1															1		non	
34	1														1	1		oui?	
35	1															1		non	
36	1														1	1		oui?	
37	1														1			non	
38	1																1	oui?	
39	1 1														1			non	
40	1 1														1			oui?	
41																1		non	

ANNEXE V. Critères choisis pour définir l'existence de lien entre un item non respecté et la survenue de complication(s) grave(s)

Item non respecté	Lien potentiel avec les complications graves
RAD avant moins de 7j sans métrorragies, lors de la précédente hospitalisation pour métrorragies	NON si déjà sur place lors de l'éventuelle survenue de saignements abondants
Toucher vaginal sur placenta recouvrant, ou non recouvrant sans contractions utérines	NON si arrêt de l'épisode de métrorragies en cours
Pas d'échographie transvaginale effectuée aux urgences	NON
Pas de voie veineuse périphérique posée	NON si arrêt de l'épisode de métrorragies en cours
Jamais de corticoides alors que dernière hospitalisation entre 24 et 34 SA	NON si pas de complications graves périnatales (définies dans la problématique)
Pas d'antibiothérapie en cas de métrorragies abondantes	NON
Pas de prévention rhésus par Rophylac en cas de Rhésus négatif	NON
Pas de prescription de fer-foldine durant la dernière hospitalisation pour métrorragies	NON
Décision inadaptée concernant la tocolyse	NON si pas d'accouchement dans un contexte hémorragique et pas de spoliation sanguine pendant la grossesse (définis dans la problématique)
Pas de césarienne rapidement si métrorragies persistantes / abondantes	NON si pas d'accouchement dans un contexte hémorragique (défini dans la problématique)
Rachis anesthésie en cas de métrorragies abondantes	NON si pas de choc
Pas d'IRM anténatale en cas de placenta praevia antérieur et utérus multicatriciel	NON
Pas de délivrance dirigée en cas de facteur de risque de placenta accreta	NON
Prise en charge inadaptée en post-partum en cas d'accreta	NON si pas d'HPP
Déclenchement sur placenta praevia	NON si pas de complication grave hémorragique maternelle pendant le travail (incluant pas de transfusion en post-partum)
Accouchement voie basse avec présentation du siège et placenta bas-inséré	NON si pas de complication grave hémorragique maternelle pendant le travail (incluant pas de transfusion en post-partum)

RESUME

Le placenta praevia est une variété d'insertion placentaire particulièrement redoutée en obstétrique de par son principal risque: l'hémorragie, notamment en deuxième moitié de grossesse et jusqu'à la délivrance.

Objectifs Notre étude portait sur les femmes ayant eu un placenta praevia jusqu'à l'accouchement et ayant été hospitalisées au moins une fois à partir de 24 SA pour des métrorragies liées à ce type d'insertion placentaire. Un de nos objectifs était d'évaluer le déroulement et l'issue de ces grossesses afin d'obtenir des éléments sur le pronostic maternel et périnatal associé. Nous voulions également analyser la prise en charge de ces femmes en cas de placenta praevia hémorragique, et étudier le lien entre celle-ci et la survenue de complications graves maternelles et/ou périnatales.

Matériels et méthodes Pour ce faire, une étude rétrospective a été réalisée à Port Royal (maternité de type III) entre janvier et mai 2009, correspondant à un total de 79 patientes.

Résultats Le nombre moyen d'épisodes de métrorragies pendant la grossesse était de 3,2. De plus, le taux d'hémorragies de la délivrance était de 41%, supérieur en cas d'accrета associé: 93% vs 29% sans accrета. Au total, les hémorragies liées au placenta praevia étaient responsables de: 5% de femmes transfusées en antépartum et 25% en post-partum, d'hystérectomies d'hémostase pour 8% des femmes, et d'un taux d'hémoglobine inférieur à 9g/dl en suites de couches pour 48% des femmes. En cas de placenta non recouvrant, le taux de césariennes était de 56%. Quelque soit le type de placenta, le taux de césariennes en urgence pour métrorragies était de 43%, dans 82% des cas avant 37 SA. Le taux de prématurité était de 66%, et le terme moyen de 34,5 SA. Pour 68% des femmes concernées par des complications graves maternelles et/ou périnatales, il n'a pas été mis en évidence de liens avec les pratiques effectuées. Le protocole de Port Royal était globalement respecté. Les écarts existant portaient principalement sur la contre-indication au toucher vaginal en cas de placenta recouvrant, et sur les modalités concernant la mise sous tocolyse. Les principales difficultés dans la prise en charge étaient d'évaluer le plus justement possible le moment où une césarienne devenait nécessaire à la suite de métrorragies trop abondantes ou persistantes.

Conclusion Le placenta praevia hémorragique est associé à une morbidité maternelle et périnatale élevée. Dans la majorité des cas, les complications graves associées sont difficilement évitables.

Mots clés: placenta praevia; hémorragie; métrorragies; pronostic; prise en charge